



**Universidade do Minho**

Instituto de Estudos da Criança

Amâncio António de Sousa Carvalho

**Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de  
estudantes de Enfermagem e de outros cursos do  
ensino superior**

Tese de Doutoramento

Área de conhecimento de Saúde Infantil

Trabalho efectuado sob orientação da

**Professora Doutora Graça Simões de Carvalho**

Julho de 2007

## DECLARAÇÃO

Nome:

Amâncio António de Sousa Carvalho

Endereço electrónico: [amanciocarv@hotmail.com](mailto:amanciocarv@hotmail.com) Telefone: 965048564

Número do Bilhete de Identidade: 6915524

Título da tese:

Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior

Orientador:

Professora Doutora Graça Simões de Carvalho

Ano de conclusão: 2007

Designação do Ramo de Conhecimento do Doutoramento:

Área de Conhecimento de Saúde Infantil

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho,     /     /

Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

A concretização deste longo trabalho só foi possível com a colaboração inestimável de muitas pessoas, que passamos a mencionar:

- À nossa orientadora, Professora Doutora Graça Simões de Carvalho, pelo apoio, estímulo e observações sempre pertinentes efectuadas ao longo deste percurso;
- À nossa família, sem o apoio da qual não seria possível a sua concretização e cujo incentivo e compreensão estiveram sempre presentes;
- A todos quantos na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real nos ajudaram, e nos animaram nesta caminhada;
- Por último, e em especial, aos alunos dos sete cursos participantes no estudo, que voluntariamente responderam ao questionário e aos docentes entrevistados pela sua grande disponibilidade, uma vez que tornaram exequível a sua efectivação.

## Promoção da Saúde: Concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior

### RESUMO

No dizer da WHO (2000), os governos têm a responsabilidade de promover a saúde dos seus cidadãos. Para que possam cumprir este objectivo deverão assegurar que os profissionais de todos os sectores adquiram conhecimento apropriado, atitudes e competências para proteger e promover a saúde (WHO, 1999). Por outro lado, nenhum plano educacional deverá prescindir dos valores, uma vez que estes são os elementos que mais condicionam as escolhas das pessoas (Vallejo, 2002). De facto para que o processo de Promoção da Saúde (PrS) e de Educação para a Saúde (EpS) possa estar impregnado pelos valores da equidade e da participação, eles deverão ser adoptados pelos profissionais e futuros profissionais. Para isso os estabelecimentos de ensino deverão assumir este papel de educação para os valores devendo ainda identificar as concepções dos seus alunos. Assim, o objectivo geral do presente estudo é comparar o sistema de valores em PrS/EpS veiculados em cursos na área da saúde, ensino pré-escolar, ensino básico e serviço social, a fim de compreender a relação entre as concepções a ensinar e as concepções ensinadas.

Para tal desenvolvemos um estudo descritivo, comparativo e transversal, cuja amostra é constituída por quatro docentes de Saúde Pública/Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro (ESEVR-UTAD) e por 709 alunos de sete cursos do ensino superior. Como instrumentos de recolha de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada realizada aos docentes e um questionário de auto-preenchimento aplicado aos alunos.

Através da análise de conteúdo a modelos de PrS/EpS, em publicações nacionais e internacionais, identificamos um conjunto de seis eixos de valores em PrS/EpS: Social/Individual (Soc/Ind), Salutogénico/Patogénico (Sal/Pat), Holístico/Reduccionístico (Hol/Red), Equidade/Desigualdade (Equ/Des), Autonomia/Dependência (Aut/Dep) e Democrático/Autocrático (Dem/Aut), que constituem a matriz analítica do estudo. Comparando a perspectiva dos autores individuais e dos organismos oficiais com a perspectiva veiculada nos programas e documentos de ensino de Saúde Pública, verificamos que não existe concordância a nível da importância atribuída aos diferentes eixos de valores. No discurso dos autores individuais e organismos oficiais emergem mais os eixos da Aut/Dep, da Equ/Des e alguma preponderância é dada ao eixo Sal/Pat, no caso dos autores individuais, enquanto que nos programas do curso de Enfermagem de Vila Real (E-VR) e documentos de ensino a predominância do eixo Sal/Pat é esmagadora, sendo que nos programas o pólo Patogénico prevalece sobre o Salutogénico, o que nunca acontece no discurso dos autores individuais e organismos oficiais. O eixo Dem/Aut é sempre o menos emergente, existindo, neste caso, total sintonia.

Na análise das **entrevistas** aos docentes da ESEVR-UTAD constatámos que os conceitos de Saúde são marcados pela positividade, subjectividade e holismo; os conceitos de doença assentam na objectividade; metade das entrevistadas expressou conceitos de Saúde Pública reducionistas; todas as entrevistadas têm uma perspectiva reducionista dos conceitos de Saúde Escolar e Saúde Infantil; o único conceito de PrS expresso é misto e embora tenham expressado facilmente o conceito de EpS metade das entrevistadas tem uma perspectiva passiva do conceito. Todas as entrevistadas

concordam que os termos PrS e EpS são diferentes, mas uma delas não conseguiu efectuar a diferenciação. Todas concordam que os processos de PrS/EpS transmitem valores, tendo indicado 14 sub-categorias diferentes. Os valores considerados mais importantes foram a equidade, a solidariedade, a tolerância e o respeito. Todas demonstraram conhecer exemplos práticos relativos aos eixos Hol/Red e Dem/Aut. No que diz respeito às tendências das entrevistadas para um dos pólos dos eixos de valores, verificou-se estarem sempre na direcção dos pólos positivos.

Responderam ao **questionário** 63,2% do universo dos alunos. No que se refere à representação mental do conceito de saúde, as cinco palavras-chave mais utilizadas pelo total da amostra foram (por ordem decrescente): Bem-estar, Hospital, Doença, Médicos e Enfermeiros, tendo a primeira sido utilizada por 77,4% dos alunos. A predominância destas palavras-chave poderá estar ligada a uma visão reducionista dos determinantes de saúde, centrada nas unidades de saúde, deixando de fora os outros determinantes de saúde.

No que concerne à evolução do conceito de saúde, o curso de Enfermagem de Braga (E-BR) é onde se verificam mais descidas das palavras-chave ligadas à visão reducionista do termo e, da mesma forma, o curso de Professores do Ensino Básico (PEB) aquele onde existem mais aumentos ligados ao conceito abrangente. Pelo contrário, no curso de E-VR, não se notam alterações substanciais na perspectiva de saúde do 1º para o 4º ano, tendo ambos uma visão técnico-cêntrica da saúde.

Do total da amostra, 86% dos alunos atribuem mais importância à perspectiva positiva de saúde, 88% à perspectiva dinâmica, enquanto que 54%, 91% e 65% elegem a perspectiva abrangente, respectivamente, de Saúde Pública, Saúde Escolar e PrS. A maioria dos alunos da amostra enquadra-se no conceito abrangente de PrS (51%) e no conceito activo de EpS (76%), considerando que os termos PrS e EpS são diferentes.

A formação parece potenciar a construção de um conceito de PrS abrangente nos cursos de E-VR e Enfermagem do Porto (E-PO), nos quais se verificam diferenças altamente significativas ( $p= 0,000$ ) do 1º para o 4º ano. A maioria da amostra (87%) consideram que a EpS tem valores a promover, tendo o conceito responsabilidade sido o mais indicado.

Em relação à tendência dos alunos para os pólos dos eixos de valores, verificamos que a larga maioria tende para os pólos positivos. As maiores médias dos *scores* observaram-se no curso de E-BR e curso de Medicina (MED), enquanto que as menores no curso de Serviço Social (SSO). Os alunos do curso de E-VR obtiveram a média mais elevada na dimensão valoração e força, enquanto os alunos do curso de E-PO na dimensão actividade do conceito de EpS, sendo estas elevadas em todos os cursos. Os testes estatísticos mostraram ainda que a formação parece contribuir para o incremento destas dimensões.

Apenas 41% dos alunos assinalaram ter realizado algum tipo de experiência prática, e destes todos indicaram realizar actividades de EpS, tendo o maior grupo assinalado que realiza práticas de EpS “Muitas vezes” (42%). A frequência das práticas aumenta do 1º para o 4º ano. A maior proporção de alunos realiza actividades na área de Saúde infantil (23%). Existem relações, embora ténues, entre concepções e conhecimentos, entre concepções e valores e entre concepções e práticas.

Face a estes resultados, apresentamos uma proposta de linhas orientadoras para a formação inicial do curso de E-VR na área da PrS/EpS, que visa contribuir para a melhoria da qualidade de ensino e dos cuidados prestados à população.

## **Health Promotion: conceptions, values and practices of nursing students and of others universities courses**

### **SUMMARY**

According to WHO (2000), governments have the responsibility to promote their citizens' health. In order to fulfil this aim they should guarantee that the professionals of all sectors acquire appropriate knowledge, attitudes and competences to protect and promote health (WHO, 1999). On the other hand, no educational plan should avoid values, since they are the elements that shape up most people's choices (Vallejo, 2002). In order that the processes of Health Promotion (HP) and Health Education (HE) are impregnated with the values of equity and participation, they should be adopted by professionals and future professionals. For that, schools must assume this role of education for the values and should also identify the their students' conceptions. Thus, the general aim of the present study is to compare the system of values in HP/HE conveyed in courses in the area of health, pre-school teaching, basic teaching and social service, in order to understand the relation between the conceptions to be taught and the taught conceptions.

For this purpose, we developed a descriptive, comparative and cross-sectional study, which sample is composed of four teachers of Public Health/Community Health of the Vila Real Nursing College of the University of Trás-Os-Montes e Alto Douro (VRNC-UTAD) and by 709 students of seven university courses. The instruments to gather data were a semi-structured interview for the teachers and an auto-filling questionnaire for the students.

Through the content analysis of HP/HE models in national and international publications, we identify a set of six axes of values in HP/HE: Social/Individual (Soc/Ind), Saluthogenic/Pathogenic (Sal/Pat), Holistic/Reductionistic (Hol/Red), Equity/Inequality (Equ/Ine), Autonomy/Dependence (Aut/Dep) and Democratic/Autocratic (Dem/Aut) which constitute the analytical matrix of the study. Comparing the perspective of the individual authors and of the official organisms with the perspective conveyed in the programs and teaching documents of PH, we verify that there is no agreement in what concerns to the importance attributed to the different axes of values. In the speech of the individual and official organisms the axes of Aut/Dep and Equ/Ine emerge more strongly and there is some preponderance of the axe Sal/Pat in the case of the individual authors, whereas in the programmes of the Vila Real Nursing course (VR-N) and respective teaching documents the predominance of the axe Sal/Pat is overwhelming. In these programmes the Pathogenic pole prevails over the Salutogenic one, which never happens in the speech of the individual authors and official organisms. The axe Dem/Aut is always the least emergent one and, in this case, there is total agreement.

In the analysis of the interviews to the teachers of VRNC-UTAD we noticed that the concepts of Health are marked by positivity, subjectivity and holism; the concepts of disease are based in objectivity; half of the interviews expressed reductionist concepts of Public Health; all the interviews have a reductionist perspective of the Scholastic Health and Infantile Health concepts; the only expressed concept of HP is mixed and though they have easily expressed the concept of HE, half of the interviewees have a passive perspective of the concept. All the interviewees agree that the terms HP and HE are different, but one of them was not able to make the difference between them. All of them agree that the processes of HP/HE transmit values and they indicate 14

different sub-categories. The values that were considered more important were equity, solidarity, tolerance and respect. All of them demonstrated to know about practical examples concerning the axes Hol/Red and Dem/Aut. In what concerns the tendencies of the interviewees towards one of the poles of the axes of values, it was found that they are always in the direction of the positive poles.

Of the students' universe, 63,2% answered to the questionnaire. In what refers to the mental representation of the concept of health, the five key words used the most by the total of the sample were (by decreasing order): Well-being, Hospital, Disease, Doctors and Nurses, being that the first one was used by 77,4% of the students. The predominance of these key words can be connected to a reductionist vision of the determinants of health, centred in the system of health, excluding the other determinants of health.

In what concerns the evolution of the concept of health, the Braga Nursing course (BR-N) is where we verified a higher reduction in the key words associated to the reductionist vision of the term and, similarly, the course of Basic Teaching Teachers (BTT) is where there are more increases associated to the wide concept of health. In contrast, the VR-N course did not show substantial changes on the perspective of health from the 1<sup>st</sup> to the 4<sup>th</sup> year, since both have a technical-centric view of health.

Of the total students' sample, 86% give more importance to the positive perspective of health, 88% to the dynamic perspective, while 54%, 91% and 65% elect the wide perspective of Public Health, School Health and HP, respectively. The majority of the students fits in the wide concept of HP (51%) and in the active concept of HE (76%), considering that the terms HP and HE are different concepts.

Training seems to strengthen the construction of a wider HP concept in the VR-N and in the Porto Nursing course (PO-N), in which we verify highly significant differences ( $p=0,000$ ) from the 1<sup>st</sup> to the 4<sup>th</sup> year. The majority of the sample (87%) considers that HE has values to promote, being the concept responsibility the most indicated one.

In what concerns to the tendency of the students towards the poles of the axes of values, we verify that the majority aims at the positive poles. The scores highest means were found in the courses BR-N and Medicine (MED) whereas the smallest means were in the Social Service course (SSO). The students of the course VR-N obtained the higher means in the dimension valuation and strength whereas the students of the course PO-N obtained it in the dimension activity of the concept of HE, being these figures high in all courses. The statistical tests still showed that formation seems to contribute for the increase of these dimensions.

Only 41% of the students marked to have carried out some type of practical experience and from these, all of them indicated to accomplish activities of HE, and the larger group marked that they do HE activities "Many times" (42%). The frequency of these activities increases from the 1<sup>st</sup> to the 4<sup>th</sup> year. The biggest ratio of students carries out activities in the area of Infantile Health (23%). There are associations, even though slender, between conceptions and knowledge, between conceptions and values and between conceptions and practices.

Based on these results, we present a proposal of guidelines for the initial formation of the course VR-N on the area of HP/HE, that aims to contribute for the improvement of the quality of education and of the care offered to the population.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMENTOS .....	iii
ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS .....	xiii
ÍNDICE DE FÍGURAS .....	xvi
ÍNDICE DE QUADROS .....	xix
<b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1. Saúde: conceitos, dimensões e determinantes</b> .....	<b>7</b>
2.1.1. <u>Conceito de saúde do indivíduo comum e do profissional de saúde</u> ....	9
2.1.2. <u>Dimensões do conceito de saúde</u> .....	10
2.1.3. <u>Principais determinantes de saúde</u> .....	13
<b>2.2. Da Saúde Pública à Promoção da Saúde</b> .....	<b>17</b>
2.2.1. <u>Períodos da evolução da Saúde Pública</u> .....	18
2.2.2. <u>O movimento de Promoção da Saúde</u> .....	24
2.2.3. <u>Promoção da Saúde e Educação para a Saúde: que relacionamento? ...</u>	35
2.2.4. <u>Diferentes abordagens de Promoção da Saúde/Educação para a Saúde:</u> <u>diferentes objectivos</u> .....	39
2.2.5. <u>Actividades no âmbito da Promoção da Saúde/Educação para a Saúde</u> .	43
2.2.6. <u>Valores em Promoção da Saúde</u> .....	45
<b>2.3. Educação em Enfermagem</b> .....	<b>54</b>
2.3.1. <u>Resenha histórica</u> .....	55
2.3.2. <u>Paradigmas da educação em Enfermagem</u> .....	58
2.3.2.1. <u>Paradigma do tratar</u> .....	58
2.3.2.2. <u>Paradigma do cuidar</u> .....	60
2.3.3. <u>Educação em Enfermagem e valores</u> .....	61



	<b>Pág.</b>
2.3.4. <u>Formação de educadores em saúde</u> .....	66
2.3.5. <u>A transposição didática na educação em Enfermagem</u> .....	68
<b>CAPÍTULO III – METODOLOGIA</b> .....	<b>75</b>
<b>3.1. Desenho da investigação</b> .....	<b>75</b>
3.1.1. <u>Justificação dos conceitos</u> .....	78
3.1.2. <u>Corpus do estudo</u> .....	81
<b>3.2. Tipo de estudo</b> .....	<b>89</b>
<b>3.3. População</b> .....	<b>90</b>
<b>3.4. Instrumentos de recolha de dados</b> .....	<b>91</b>
3.4.1. <u>Entrevista semi-estruturada</u> .....	92
3.4.2. <u>Questionário</u> .....	92
<b>3.5. Recolha de dados</b> .....	<b>94</b>
<b>3.6. Tratamento dos dados</b> .....	<b>95</b>
3.6.1. <u>Entrevistas</u> .....	95
3.6.2. <u>Questionários</u> .....	99
3.6.2.1. Caracterização dos respondentes .....	100
3.6.2.2. Conceito de Saúde, Promoção da Saúde, Educação para a Saúde e conceitos interligados .....	101
3.6.2.3. Eixos de valores em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde: tendências dos alunos .....	104
3.6.2.4. Dimensões do conceito de Educação para a Saúde .....	105
3.6.2.5. Perspectiva das práticas de Educação para a Saúde dos alunos .....	108
3.6.2.6. Relação entre conceitos, conhecimentos, valores e práticas .....	110
<b>CAPÍTULO IV – RESULTADOS</b> .....	<b>109</b>
<b>4.1. Eixos de valores em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde</b> ...	<b>109</b>
4.1.1. <u>Frequência dos eixos de valores identificados nos documentos de autores individuais</u> .....	110
4.1.2. <u>Frequência dos eixos de valores identificados nos documentos de organismos oficiais</u> .....	112

<b>4.2. Análise de conteúdo aos Programas do Curso de Licenciatura em Enfermagem, documentos de ensino e entrevistas aos docentes de Saúde Pública .....</b>	<b>Pág.</b>
	114
<b>4.2.1. <u>Análise aos Programas do Curso de Licenciatura em Enfermagem de Vila Real</u> .....</b>	114
<b>4.2.2. <u>Análise aos documentos de ensino de Saúde Pública</u> .....</b>	115
<b>4.2.3. <u>Análise das entrevistas aos docentes de Saúde Pública/Saúde Comunitária</u> .....</b>	117
<b>4.3. Apresentação dos dados obtidos por questionário .....</b>	135
<b>4.3.1. <u>Caracterização dos respondentes</u> .....</b>	135
<b>4.3.2. <u>Conceito de Saúde, Promoção da Saúde, Educação para a Saúde e conceitos interligados</u> .....</b>	142
<b>4.3.2.1. Representação mental do conceito de Saúde .....</b>	142
<b>4.3.2.2. Evolução do conceito de Saúde .....</b>	145
<b>4.3.2.3. Importância atribuída aos conceitos .....</b>	154
<b>4.3.2.4. Tipos de conceito de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde .....</b>	169
<b>4.3.3. <u>Eixos de valores em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde: tendências dos alunos</u> .....</b>	175
<b>4.3.3.1. Eixo Social/Individual .....</b>	179
<b>4.3.3.2. Eixo Salutogénico/Patogénico .....</b>	181
<b>4.3.3.3. Eixo Holístico/Reduccionístico .....</b>	183
<b>4.3.3.4. Eixo Equidade/Desigualdade .....</b>	186
<b>4.3.3.5. Eixo Autonomia/Dependência .....</b>	188
<b>4.3.3.6. Eixo Democrático/Autocrático .....</b>	191
<b>4.3.4. <u>Dimensões do conceito Educação para a Saúde</u> .....</b>	195
<b>4.3.5. <u>Perspectiva das práticas de Educação para a Saúde dos alunos</u> .....</b>	198
<b>4.3.6. <u>Relação entre conceitos e conhecimentos, valores e práticas</u> .....</b>	200
<b>CAPÍTULO V – DISCUSSÃO .....</b>	205
<b>5.1. Eixos de valores em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde identificados nos documentos de autores individuais e de organismos oficiais: <i>Quadro de referência</i> .....</b>	205

<b>5.2. Eixos de valores identificados nos Programas do Curso de Licenciatura em Enfermagem, documentos de ensino e entrevistas aos docentes de Saúde Pública:</b>	<b>Pág.</b>
<i>Concepções a ensinar</i> .....	207
5.2.1. <u>Programas do Curso de Licenciatura em Enfermagem de Vila Real</u> ...	207
5.2.2. <u>Documentos de ensino de Saúde Pública</u> .....	207
5.2.3. <u>Entrevistas aos docentes de Saúde Pública/Saúde Comunitária</u> .....	208
<b>5.3. Análise dos dados obtidos por questionário: <i>Concepções ensinadas</i></b> .	214
5.3.1. <u>Caracterização dos respondentes</u> .....	214
5.3.2. <u>Concepções de Saúde, Saúde Pública, Saúde Escolar, Promoção da Saúde e Educação para a Saúde</u> .....	215
5.3.2.1. Representação mental do conceito de Saúde .....	216
5.3.2.2. Evolução do conceito de Saúde .....	217
5.3.2.3. Importância atribuída aos conceitos .....	218
5.3.2.4. Tipos de conceito de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde .....	224
5.3.3. <u>Eixos de valores em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde: tendências dos alunos</u> .....	228
5.3.4. <u>Dimensões do conceito Educação para a Saúde</u> .....	232
5.3.5. <u>Perspectiva das práticas de Educação para a Saúde dos alunos</u> .....	233
5.3.6. <u>Relação entre conceitos e conhecimentos, valores e práticas</u> .....	234
<b>CAPÍTULO VI – PROPOSTA DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A FORMAÇÃO INICIAL DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DE VILA REAL</b> .....	235
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	239
<b>ANEXOS</b> .....	253
<b>ANEXO I – Quadros de frequências dos eixos de valores resultantes da análise de conteúdo</b> .....	255

	<b>Pág.</b>
<b>ANEXO II</b> – Guião de entrevista aplicada aos docentes .....	293
<b>ANEXO III</b> – Versão definitiva do questionário aplicado aos alunos .....	299
<b>ANEXO IV</b> – Comprovativo das autorizações para proceder à recolha de dados nos estabelecimentos de ensino .....	309

## ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

augment. - Aumentada

Coord. Edit. – Coordenador Editor

Dirs. – Directores

ed. – Edição

Edits. – Editores

e.g. – Exemplo

Ex. – Exemplo

Fa – Frequência absoluta

F. Abr. – Frase abrangente

F. Act. – Frase activa

F. Din. – Frase dinâmica

F. Est. – Frase estática

Fig. – Figura

F. Neg. – Frase negativa

F. Pas. – Frase passiva

F. Pos. – Frase positiva

Fr – Frequência relativa

F. Red. – Frase reducionista

$H_0$  – Hipótese 0

$H_1$  – Hipótese 1

n.º - Número

N.º - Número

NR – Não respondente

NS – Não significativo

Orgs. – Organizadores

p - Probabilidade

p. – Página

pp. – Páginas

rev. - Revista

S. – São

1<sup>a</sup> - Primeira

2<sup>a</sup> - Segunda

3<sup>a</sup> - Terceira

4<sup>a</sup> - Quarta

6<sup>a</sup> - Sexta

1<sup>o</sup> - Primeiro

2<sup>o</sup> - Segundo

4<sup>o</sup> - Quarto

ANOVA – Análise de variância

DGS – Direcção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

E-BR – Enfermagem de Braga

EDS – Escala de Diferencial Semântica

EI – Educação de Infância

E-PO – Enfermagem do Porto

EpS – Educação para a Saúde

ESEVR – Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

ESEVR-UTAD - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real-Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro

E-VR – Enfermagem de Vila Real

EUA – Estados Unidos da América

FCSUCP – Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

ICBAS-UP - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

IEC – Instituto de Estudos da Criança

IEC-UM - Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho

IST – Infecções Sexualmente Transmitidas

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

KVP – Conhecimentos, valores e práticas

MCA – Análise de Multicorrespondência

MED – Medicina

OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PEB – Professores do Ensino Básico  
PrS – Promoção da Saúde  
PrS/EpS - Promoção da Saúde/Educação para a Saúde  
PSP – Portal de Saúde Pública  
SE – Saúde Escolar  
SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida  
SP – Saúde Pública  
SPSS – Special Package of Social Sciences  
SSO – Serviço Social  
SRSV - Sub-Região de Saúde de Viseu  
TDE – Transposição didáctica externa  
TDI – Transposição didáctica interna  
UM – Universidade do Minho  
WHO – World Health Organization

% - Percentagem

$\chi^2$  – Qui-quadrado

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 2.1</b> – Modelo de abordagem sistemática à melhoria da saúde do Departamento de Saúde dos EUA .....	15
<b>Figura 2.2</b> – Modelo dos determinantes de saúde «Política Arco-íris» .....	16
<b>Figura 2.3</b> – Modelo de Promoção da Saúde .....	36
<b>Figura 2.4</b> – Etapas da transposição didáctica .....	69
<b>Figura 2.5</b> – Plano esquemático da investigação .....	71
<b>Figura 3.1</b> – Esquema das etapas da investigação .....	77
<b>Figura 3.2</b> – Visualização das alterações feitas à Escala Diferencial Semântica .....	106
<b>Figura 4.1</b> – Frequência dos eixos de valores obtida da análise de obras de autores individuais .....	112
<b>Figura 4.2</b> – Frequência dos eixos de valores identificados nos documentos de organismos oficiais .....	112
<b>Figura 4.3</b> – Frequência dos eixos de valores identificados nos programas de E-VR .....	115
<b>Figura 4.4</b> – Frequência dos eixos de valores identificados nos documentos de ensino de Saúde Pública .....	115
<b>Figura 4.5</b> – Caracterização da amostra quanto ao sexo (A), à classe etária (B), à residência (C), à prática religiosa (D) e nível sócio-económico dos alunos (E) .....	137
<b>Figura 4.6</b> – Distribuição dos alunos da ESEVR quanto ao sexo e à classe etária por ano de curso .....	141
<b>Figura 4.7</b> – Distribuição dos alunos da ESEVR quanto à residência durante a infância e prática religiosa por ano do curso .....	142
<b>Figura 4.8</b> – Palavras-chave utilizadas pelos alunos dos diversos cursos para representar saúde .....	144



<b>Figura 4.9</b> – Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do curso de E-VR para representar o termo “saúde” .....	<b>Pág.</b> 146
<b>Figura 4.10</b> - Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do curso de E-BR para representar o termo “saúde” .....	147
<b>Figura 4.11</b> - Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do curso de E-PO para representar o termo “saúde” .....	148
<b>Figura 4.12</b> - Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do curso de MED para representar o termo “saúde” .....	149
<b>Figura 4.13</b> - Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do curso de PEB para representar o termo “saúde” .....	149
<b>Figura 4.14</b> - Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do curso de EI para representar o termo “saúde” .....	150
<b>Figura 4.15</b> - Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do curso de SSO para representar o termo “saúde” .....	151
<b>Figura 4.16</b> – Conjunto de quatro imagens que representam a noção de saúde quanto à dimensão mental (A), dimensão física (B), dimensão social (C) e dimensão familiar e emocional (D) .....	152
<b>Figura 4.17</b> - Distribuição da amostra quanto à imagem que melhor representava a noção de saúde por ano do curso (%) .....	153
<b>Figura 4.18</b> - Valorização das frases do conceito de Saúde “ <b>Positivo/Negativo</b> ” por curso .....	156
<b>Figura 4.19</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de Saúde “ <b>Positivo/Negativo</b> ” por ano do curso (%) .....	157
<b>Figura 4.20</b> - Valorização das frases do conceito de Saúde “ <b>Dinâmico/Estático</b> ” por curso .....	159
<b>Figura 4.21</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de Saúde “ <b>Dinâmico/Estático</b> ” por ano do curso (%) .....	159
<b>Figura 4.22</b> - Valorização do tipo de conceito de “ <b>Saúde Pública</b> ” por curso .	161
<b>Figura 4.23</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “ <b>Saúde Pública</b> ” por ano do curso (%) .	161
<b>Figura 4.24</b> - Valorização do tipo de conceito de “ <b>Saúde Escolar</b> ” por curso ...	163

<b>Figura 4.25</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “ <b>Saúde Escolar</b> ” por ano do curso (%) .	<b>Pág.</b> 164
<b>Figura 4.26</b> - Valorização do tipo de conceito de “ <b>Promoção da Saúde</b> ” por curso .....	165
<b>Figura 4.27</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “ <b>Promoção da Saúde</b> ” por ano do curso (%) .....	166
<b>Figura 4.28</b> - Valorização do tipo de conceito de “ <b>Educação para a Saúde</b> ” por curso .....	168
<b>Figura 4.29</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “ <b>Educação para a Saúde</b> ” por ano do curso (%) .....	168
<b>Figura 4.30</b> - Distribuição da amostra quanto ao tipo de conceito de “ <b>Promoção da Saúde</b> ” por curso e ano (%) .....	170
<b>Figura 4.31</b> - Distribuição da amostra quanto ao tipo de conceito de “ <b>Educação para a Saúde</b> ” por curso e ano .....	172
<b>Figura 4.32</b> - Posicionamento dos alunos dos diversos cursos em relação aos seis eixos de valores (%) .....	178
<b>Figura 4.33</b> - Média dos <i>scores</i> do Eixo <b>Social/Individual</b> por curso e ano	180
<b>Figura 4.34</b> - Média dos <i>scores</i> do Eixo <b>Salutogénico/Patogénico</b> por curso e ano .....	182
<b>Figura 4.35</b> - Média dos <i>scores</i> do Eixo <b>Holístico/Reduccionístico</b> por curso e ano .....	185
<b>Figura 4.36</b> - Média dos <i>scores</i> do Eixo <b>Equidade/Desigualdade</b> por curso e ano .....	187
<b>Figura 4.37</b> - Média dos <i>scores</i> do Eixo <b>Autonomia/Dependência</b> por curso e ano .....	190
<b>Figura 4.38</b> - Média dos <i>scores</i> do Eixo <b>Democrático/Autocrático</b> por curso e ano .....	193
<b>Figura 4.39</b> - Distribuição dos alunos quanto à frequência de actividades de EpS desenvolvidas pelos alunos do 1º e do 4º ano de cada curso e no total da amostra .....	198
<b>Figura 4.40</b> - Distribuição dos alunos pelo tipo de actividades de EpS desenvolvidas por curso e total da amostra .....	199

## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
<b>Quadro 2.1</b> - Resumo dos principais tipos de actividades de PrS/EpS das classificações apresentadas .....	45
<b>Quadro 3.1</b> - Caracterização das entrevistadas .....	94
<b>Quadro 3.2</b> - Categorização dos conceitos analisados .....	96
<b>Quadro 3.3</b> - Quadro guia para a selecção dos testes de hipóteses bivariadas .....	100
<b>Quadro 3.4</b> - Saturações primárias dos pares de adjectivos da EDS .....	107
<b>Quadro 4.1</b> - Eixos definitivos de valores em PrS/EpS .....	110
<b>Quadro 4.2</b> - Resumo das categorias e subcategorias por entrevistada .....	131
<b>Quadro 4.3</b> - Caracterização do universo e da amostra quanto ao curso e ano	136
<b>Quadro 4.4</b> - Distribuição da amostra quanto à variável idade por curso .....	138
<b>Quadro 4.5</b> - Palavras-chave utilizadas pelos alunos inquiridos para representar o termo “Saúde” (%) .....	143
<b>Quadro 4.6</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de Saúde “ <b>Positivo/Negativo</b> ” por curso (%) .....	156
<b>Quadro 4.7</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de Saúde “ <b>Dinâmico/Estático</b> ” por curso (%) .....	158
<b>Quadro 4.8</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “ <b>Saúde Pública</b> ” por curso (%) ...	160
<b>Quadro 4.9</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “ <b>Saúde Escolar</b> ” por curso (%) ...	163
<b>Quadro 4.10</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “ <b>Promoção da Saúde</b> ” (PrS) por curso (%) .....	165

	<b>Pág.</b>
<b>Quadro 4.11</b> - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “ <b>Educação para a Saúde</b> ” (EpS) por curso (%) .....	167
<b>Quadro 4.12</b> - Distribuição da amostra quanto ao tipo de conceito de “ <b>Promoção da Saúde</b> ” (PrS) por curso e total da amostra (%) .....	169
<b>Quadro 4.13</b> - Resíduos ajustados obtidos na aplicação do teste de $\chi^2$ ao tipo de conceito de “ <b>Promoção da Saúde</b> ” (PrS) por curso (%) .....	170
<b>Quadro 4.14</b> - Distribuição da amostra quanto ao tipo de conceito de “ <b>Educação para a Saúde</b> ” (EpS) por curso e total da amostra (%) .....	171
<b>Quadro 4.15</b> - Resíduos ajustados obtidos na aplicação do teste de $\chi^2$ ao tipo de conceito de “ <b>Educação para a Saúde</b> ” (EpS) por curso (%) .....	173
<b>Quadro 4.16</b> - Distribuição da amostra face à questão “Os termos PrS e EpS são diferentes?” por curso e total da amostra (%) .....	174
<b>Quadro 4.17</b> - Distribuição da amostra quanto ao enquadramento de frases no âmbito da PrS, EpS ou em ambas (%) .....	175
<b>Quadro 4.18</b> - Distribuição da amostra face à questão “A EpS tem valores a promover?” por curso e total da amostra (%) .....	175
<b>Quadro 4.19</b> - Distribuição da amostra quanto à indicação dos “valores veiculados pela EpS” por curso e total da amostra (%) .....	177
<b>Quadro 4.20</b> - Média dos <i>scores</i> dos itens do Eixo <b>Social/Individual</b> por curso e nível de significância do teste .....	179
<b>Quadro 4.21</b> - Agregação das categorias do Eixo Social/Individual em função da tendência .....	181
<b>Quadro 4.22</b> - Média dos <i>scores</i> dos itens do Eixo <b>Salutogénico/Patogénico</b> por curso e nível de significância do teste .....	182
<b>Quadro 4.23</b> - Agregação das categorias do Eixo Salutogénico/Patogénico em função da tendência .....	183
<b>Quadro 4.24</b> - Média dos <i>scores</i> dos itens do Eixo <b>Holístico/Reduccionístico</b> por curso e nível de significância do teste .....	184
<b>Quadro 4.25</b> - Agregação das categorias do Eixo Holístico/Reduccionístico em função da tendência .....	186

<b>Quadro 4.26</b> - Média dos <i>scores</i> dos itens do Eixo <b>Equidade/Desigualdade</b> por curso e nível de significância do teste .....	<b>Pág.</b> 186
<b>Quadro 4.27</b> - Agregação das categorias do Eixo Equidade/Desigualdade em função da tendência .....	188
<b>Quadro 4.28</b> - Média dos <i>scores</i> dos itens do Eixo <b>Autonomia/Dependência</b> por curso e nível de significância do teste .....	189
<b>Quadro 4.29</b> - Agregação das categorias do Eixo Autonomia/Dependência em função da tendência .....	191
<b>Quadro 4.30</b> - Média dos <i>scores</i> dos itens do Eixo <b>Democrático/Autocrático</b> por curso e nível de significância do teste .....	192
<b>Quadro 4.31</b> - Agregação das categorias do Eixo Democrático/Autocrático em função da tendência .....	194
<b>Quadro 4.32</b> - Estatística descritiva das dimensões dos valores em EpS na amostra e diversos cursos .....	195
<b>Quadro 4.33</b> - Medidas de associação entre as variáveis relativas aos conceitos e as variáveis relativas aos conhecimentos, aos valores e às práticas de EpS no total da amostra .....	201
<b>Quadro 4.34</b> - Medidas de associação entre as variáveis relativas aos conceitos e as variáveis relativas aos conhecimentos, aos valores e às práticas de EpS nos cursos .....	203

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem tido um papel fundamental no avanço da Promoção da Saúde (PrS), expressando ao longo de diversas reuniões e respectivas declarações que a promoção e a protecção da saúde das pessoas são essenciais para um desenvolvimento económico e social sustentável, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida e para a paz no mundo (WHO, 2003a). Por sua vez, a Meta n.º 11 “Viver mais saudável” – pertencente ao conjunto de Metas definidas pela OMS para o Século XXI (WHO, 1999) – só poderá ser atingida se forem satisfeitas uma série de condições, todas do foro da PrS, entre as quais, a capacitação das pessoas para desenvolverem e usarem o seu próprio potencial no sentido de terem vidas social e economicamente produtivas e o prover infra-estruturas e recursos para conseguirem transmitir conhecimentos relacionados com a saúde através de uma educação apropriada.

Na verdade, a consecução de elevados níveis de saúde e a prevenção de mortes prematuras dependem, em grande medida, da adopção por parte dos indivíduos, grupos e comunidades, de comportamentos saudáveis (Sanmartí, 1985). Daí a importância e o interesse actual pela Educação para a Saúde (EpS), que em todo o mundo se fundamenta nos seguintes aspectos (Navarro, 2000):

- A longevidade condiciona uma maior prevalência de doenças crónicas, mais ou menos incapacitantes, ligadas aos estilos de vida;
- O aumento do stress provocado pelos diferentes contextos sociais em que vive a maior parte da população favorece uma maior incidência de acidentes e disfunções psicossociais;
- O recrudescimento de patologias aparentemente controladas por modificações do agente causal e o aumento de comportamentos de risco (e.g. infecções sexualmente transmitidas, IST);

É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades (WHO, 1986). Estas intervenções devem ter lugar em

vários contextos como a escola, o trabalho, os serviços de saúde e as organizações comunitárias e devem ser realizadas por organismos educacionais, profissionais e de solidariedade social.

A formação dos profissionais que actuam neste campo da PrS, particularmente os profissionais de saúde, deve envolver não apenas os conhecimentos e as aptidões, mas também as atitudes relacionadas com a capacitação (“*empowerment*”) dos utentes, contribuindo assim para o aumento da auto-estima e potenciar a sua capacidade de tomadas de decisão (Morrondo, 2000).

O processo de PrS pode ser abordado por diversos profissionais, tais como enfermeiros, médicos, dentistas, professores e assistentes sociais (Downie, Tannahill & Tannahill, 2000), em que os enfermeiros têm um papel chave nesta arena da PrS desenvolvida ao nível multidisciplinar (Latter, 1998; Scriven, 2005a).

Sendo o objectivo da prestação de cuidados de Enfermagem principalmente promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e providenciar um ambiente humano, seguro (Queirós, 2001), a educação em Enfermagem deverá ter em conta este direccionamento e preparar os alunos para esse tipo de cuidados. Essa preparação deverá envolver uma base teórica adequada, mas também as atitudes, os valores e as competências para que os futuros profissionais, chegados ao mercado de trabalho, possam prestar cuidados de qualidade e serem verdadeiros promotores da saúde da população.

Neste sentido, um dos desafios colocados aos docentes de Enfermagem é alargar o papel dos enfermeiros de uma abordagem tradicional de EpS, centrada na transmissão de conhecimentos e na prevenção de doenças, para uma abordagem de *empowerment* das pessoas (Liimatainen, Poskiparta, Sjögren, Kettunen & Karhila, 2001), que tem em conta os determinantes sócio-económicos, devendo para tal existir uma mudança prévia nas concepções de PrS dos docentes e dos formandos. Outro dos desafios que os docentes enfrentam é a educação para os valores, nomeadamente, os que remetem para as duas injunções morais básicas, isto é, tratar os outros com justiça e dignidade e ser sensível às suas necessidades (Marques, 2006).

No entanto, o progresso da PrS na Enfermagem tem sido muito lento ao longo dos últimos 20 anos, pelo que os enfermeiros ao invés de adoptarem uma abordagem abrangente de PrS, na sua maior parte, têm permanecido entrincheirados nos quadros tradicionais das práticas de EpS limitadas e limitadoras (Whitehead, 2005). Para alterar

esta situação a formação terá que mudar radicalmente desde os currículos até aos métodos e estratégias utilizados.

Marques (2006), refere que a escola e, especificamente, a escola de enfermagem deve assumir o seu papel em termos da educação para os valores dos seus estudantes, acrescentando ainda, que mais do que definir quais são os valores dos estudantes, importa também compreender o modo como os constroem e em que contextos.

É neste âmbito de preocupação que surge o presente estudo: conhecer a evolução (se a houver) do sistema de valores em PrS/EpS dos alunos à entrada no curso de Enfermagem (1º ano) e à saída (4º ano), comparando com outros cursos não só da área da saúde, Enfermagem e Medicina, mas também das áreas de educação e apoio à criança e jovem, como nos cursos de Ensino Pré-escolar, Ensino Básico do 1º ciclo e Serviço Social.

Sendo o investigador um dos docentes envolvidos na formação inicial de enfermeiros da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (E-VR), damos naturalmente especial enfoque a este curso a fim de compreendermos a relação entre as concepções a ensinar e as concepções ensinadas, com vista a elaborar um conjunto de sugestões a ter em conta na formação destes alunos da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (ESEVR-UTAD) no âmbito da PrS/EpS, para assim se contribuir para poderem vir a melhorar as suas competências nesta área.

Existem alguns estudos que procuraram conhecer os valores que os alunos de cursos de Enfermagem valorizam, mas nenhum no campo da PrS/EpS, nem nenhum deles recorreu à teoria da transposição didáctica. Assim, o presente estudo é inovador no sentido que, por um lado identifica um conjunto de eixos de valores em PrS/EpS que permeiam os documentos de autores individuais nesta área de conhecimento, organizações nacionais e internacionais, programas do curso de E-VR e documentos utilizados no ensino da Saúde Pública (análise da transposição didáctica externa) e por outro lado pretende conhecer as concepções e os valores – no âmbito dos eixos de valores referidos – dos docentes de Saúde Pública/Saúde Comunitária da ESEVR-UTAD e dos alunos do 1º e do 4º ano do curso de ESEVR-UTAD. Estes serão comparados com os de outros cursos do ensino superior para se conhecer o efeito da formação na evolução do conceito de Saúde, a importância atribuída pelos alunos a vários conceitos entre os quais a PrS e a EpS, a sua tendência para os pólos de valores identificados e, ainda, tipificar as práticas de EpS desenvolvidas pelos mesmos alunos, quanto à frequência e ao tipo de actividades (transposição didáctica interna).



Esta tese está dividida em cinco partes fundamentais: Enquadramento teórico, Metodologia, Resultados, Discussão e Proposta de linhas orientadoras para a formação inicial do curso de E-VR.

No enquadramento teórico apresentamos e analisamos alguns conceitos de Saúde, reflectimos no significado de ser saudável, nas várias dimensões do conceito de saúde e nos seus principais determinantes. De seguida analisamos alguns conceitos de Saúde Pública, descrevemos os seus períodos evolutivos e explicamos o papel que a OMS desempenhou no despoletar do movimento de PrS. Abordamos, ainda, o interrelacionamento entre os termos PrS e EpS, as diferentes abordagens de PrS/EpS, algumas classificações de actividades neste âmbito, reflectindo acerca dos princípios e valores que permeiam o movimento de PrS. No último sub-capítulo enumeramos alguns desafios que se colocam à Educação em Enfermagem, traçamos uma resenha histórica, descrevemos os paradigmas que a dirigem, reflectimos na importância da inclusão dos valores neste processo, abordamos alguns aspectos a ter em conta na formação de bons educadores em Saúde e explicamos como aplicamos a teoria da transposição didáctica à Educação em Enfermagem, apresentando a problemática do estudo e demonstrando a sua importância.

Na metodologia apresentamos o desenho da presente investigação, no qual são descritos todos os passos efectuados em cada um dos módulos, explicamos o conceito inerente a cada um dos eixos de valores em PrS/EpS, identificados no decorrer do estudo, através do recurso a citações de alguns autores, apresentamos o corpus do estudo, classificamos o tipo de estudo, damos conta da composição da população e seus critérios de selecção, tipo e características dos instrumentos de recolha de dados, processo de recolha e procedimentos de tratamento dos mesmos, acompanhados da explicação dos critérios de selecção dos testes estatísticos.

No primeiro sub-capítulo dos resultados apresentamos um conjunto de seis eixos de valores em PrS/EpS, identificados através da análise de conteúdo, a modelos de PrS/EpS em publicações nacionais e internacionais, que constituem o “quadro de referência” deste estudo. No segundo sub-capítulo procedemos à análise de conteúdo a programas do curso de E-VR, documentos de ensino de Saúde Pública e entrevistas aos docentes desta área, tendo como matriz analítica o conjunto de eixos de valores e as concepções definidas previamente, que vão permitir identificar as “concepções a ensinar”. No terceiro e último sub-capítulo, apresentam-se os dados obtidos por questionário, começando pela caracterização dos respondentes, passando às concepções

de saúde, importância atribuída aos conceitos, tipos de conceito de PrS e de EpS, tendências dos alunos para os pólos de cada um dos eixos de valores, dimensões do conceito de EpS e práticas de EpS dos alunos, que constituem os “saberes ensinados”. Estudamos também a relação entre as concepções, os conhecimentos, os valores e as práticas.

Na discussão dos resultados começamos por analisar e interpretar os dados relativos aos eixos de valores identificados em documentos de autores individuais e de organismos oficiais, que confrontamos com os valores identificados nos programas do curso de E-VR, documentos de ensino de Saúde Pública e entrevistas aos docentes da mesma área, o que nos permite ter uma perspectiva de como se processou a transposição didáctica externa (TDE). Por último, analisamos os dados relativos à caracterização dos respondentes, às concepções de Saúde, importância atribuída aos diferentes conceitos pelos alunos, tipos de conceitos de PrS e de EpS, tendências dos alunos para os pólos dos eixos de valores em PrS/EpS, dimensões do conceito de EpS e práticas de EpS, o que torna possível verificar como decorreu a transposição didáctica interna (TDI). Sempre que possível, comparamos os dados do presente estudo com os dados de outros estudos com características semelhantes. Interpretamos ainda as relações existentes entre as concepções, os conhecimentos, os valores e as práticas que foi possível confirmar.

Na última parte desenhamos uma proposta de linhas orientadoras para a formação inicial do curso de E-VR, fundamentada nos resultados óbitos, na qual constam as principais conclusões do estudo, dirigida às componentes plano de estudos e ao processo de ensino-aprendizagem, a apresentar aos órgãos competentes da ESEVR-UTAD, esperando que constitua um instrumento útil para as reformas que se avizinham na sequência do Processo de Bolonha.

Pensamos que este estudo, poderá ser um pequeno contributo para a melhoria, a curto prazo, do desempenho dos docentes da área da Saúde Pública/Saúde Comunitária no campo da PrS e EpS e da qualidade do processo de ensino-aprendizagem da formação inicial de Enfermagem no contexto da ESEVR-UTAD.



## CAPÍTULO II

### ENQUADRAMENTO TEÓRICO

#### 2. 1. Saúde: conceitos, dimensões e determinantes

Antes de analisarmos os conceitos de Saúde Pública, Promoção da Saúde (PrS) e Educação para a Saúde (EpS), parece-nos oportuno e lógico, analisar o conceito de Saúde, uma vez que, é parte intrínseca de cada um dos conceitos atrás referidos.

“Ser saudável” tem significados diferentes para pessoas diferentes. Na verdade, as ideias sobre o que é a saúde e o ser saudável variam amplamente, pois são moldadas pelas experiências de vida, pelos conhecimentos, pelos valores e pelas expectativas de cada um assim como pela percepção do que esperam fazer no seu dia-a-dia e ainda pela condição que precisam para realizar os papéis com sucesso, que a comunidade onde estão inseridos espera deles. Ao mudarem as circunstâncias da vida é natural que o significado do que é “Ser saudável”, também sofra alterações uma vez que os conceitos de saúde são fortemente influenciados pelas condições sociais e culturais do meio no qual vivemos (Ewles & Simnett, 1999).

Torna-se por isso muito importante que os promotores/educadores em saúde, identifiquem o que é ser saudável para si próprios, mas sobretudo, o que isso pode significar para as pessoas/grupos com quem pretendem planear e desenvolver intervenções nesta área.

A saúde durante muito tempo, foi considerada como o oposto da doença, sendo esta conceptualizada como apenas as anomalias físicas ou biológicas e encarada como um acontecimento accidental, que não se podia evitar, um destino fatal (Larrea & Plana, 1993). Por outro lado, é por todos reconhecido que a abordagem da saúde e da doença ao longo de várias décadas se centrou numa visão que comparava o corpo a uma máquina, a doença a uma avaria e o tratamento à reparação da mesma máquina (Birk & Silvertown, 1984; Freund & McGuire, 1995; Quartilho, 2001). Esta visão está fortemente enraizada no modelo biomédico tradicional, que influenciou e continua a fazer-se sentir em muitas das profissões do sector da saúde. A Enfermagem não foge à regra (Queirós, 2000).

O conceito de Saúde que marcou muitas gerações passadas e ainda continua a moldar as gerações actuais foi formalizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), apresentado na sua Carta de Ottawa, aquando da constituição da própria organização, a qual afirma que Saúde é *“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”* (OMS, 1946 citado por González, 1998: 6).

Esta definição de saúde embora tenha a virtude de definir saúde de forma positiva através da qualidade bem-estar e incluir para além da dimensão física, a dimensão mental e social, tem sido muito criticada devido aos aspectos negativos que lhe são apontados, como o seu carácter estático (completo bem-estar), a sua subjectividade e utopia (Sanmartí, 1985; Downie, Tannahill & Tannahill, 2000).

Mais tarde esta organização (WHO, 1984) procurou corrigir estes aspectos, identificando alguns elementos chave, assumindo que a noção de saúde deveria envolver a capacidade de cada indivíduo ou grupo de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, bem como de transformar o seu meio envolvente, tendo ainda considerado a saúde como um recurso para a vida e não um objectivo de vida (WHO, 1984).

Nesta linha de pensamento está a definição de saúde de Déjours (1986:7), que diz que a *“Saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança, criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar”*. Este conceito possui um carácter dinâmico, uma vez que tem em conta a capacidade funcional dos seres humanos, introduzindo ainda a indicação de géneros e grupos etários, assim como a singularidade de cada pessoa na realização do seu projecto pessoal de vida.

Por sua vez, Ewles e Simnett (1999), consideram que o significado mais apropriado para o termo “Saúde” é o ser humano *“Ter a capacidade de se adaptar continuamente às exigências das mudanças constantes, expectativas e estímulos”*, conceito que se aproxima bastante dos elementos chave emanados pela OMS em 1984, expressando também uma visão dinâmica da saúde mais próxima da realidade.

Perante esta variabilidade de conceitos entre as pessoas será útil questionarmo-nos se o conceito de saúde da pessoa comum e do profissional de saúde serão ou não aproximados. É o que iremos procurar explorar no próximo sub-capítulo.

### 2.1.1. Conceito de saúde do indivíduo comum e do profissional de saúde

Para o público em geral, ser saudável pode apenas significar não estar doente. Na maior parte dos casos a saúde só é valorizada quando a doença ou outros problemas de saúde interferem com a vida quotidiana das pessoas, obrigando-as a alterar a sua rotina diária ou a parar a sua actividade profissional.

Existem talvez algumas formas mais positivas de pensar acerca da saúde, que associam o significado de saúde à força e robustez e a ter reservas a que se poderá recorrer para lutar contra a doença ou gerir situações de stresse ou de fadiga. Pode-se ainda pensar em sentir-se em baixo e estar abatido ou, no sentido oposto, estar em boa forma. Deste modo, a doença pode ser estreitamente associada ao estado de humor, aos sentimentos e a um estado de equilíbrio (Herzlich, 1973; Ewles & Simnett, 1999).

Investigadores em diferentes contextos têm vindo a identificar diversas noções complexas acerca da saúde, entre as quais, a associação de significado de saúde à alegria e ao entusiasmo, mal-estar, força/fraqueza, capacidade funcional, bem-estar psicológico, ausência de doença, boa forma física e equilíbrio do organismo entre quente e frio.

Foram também estudados os conceitos de saúde das crianças, dos idosos, de mulheres de diferentes classes sociais, de negros e de brancos, de operários e de gestores (Katz & Peberdy, 1998; Carvalho, 2004). As ideias das crianças inglesas acerca do que é ser saudável e do que as pode tornar saudáveis, estão fortemente ligadas à actividade física e aos alimentos saudáveis como os frutos e os vegetais (Backett & Alexander, 1991; Pridmore & Bendelow, 1995 – ambos citados em Carvalho, 2004). Associaram também o fumar, o ambiente e os alimentos e bebidas não saudáveis com doença (Pridmore & Bendelow, 1995 – citado em Carvalho, 2004). Por outro lado, uma idosa pode considerar-se de boa saúde, quando a melhoria das suas dificuldades respiratórias e dores articulares lhe permitem deambular e ir às compras, enquanto as mulheres da classe média associam a ideia de saúde ao bem-estar emocional ou mental e as mulheres das classes trabalhadoras ao estar fisicamente em forma. Devido à grande complexidade das formas como as pessoas percebem a saúde torna-se muito difícil mensurar esta variável (Ewles & Simnett, 1999).

Por seu lado, os profissionais de saúde podem ter uma visão de saúde mais objectiva, considerando uma pessoa saudável quando não tem uma doença ou deficiência diagnosticada medicamente. No entanto podem existir imensas diferenças

entre a percepção do indivíduo comum e dos profissionais de saúde sobre o que é uma doença ou deficiência, as suas causas e as medidas que se devem adoptar para as combater. Mas também existem muitas diferenças entre os próprios profissionais de saúde, que podem ter os mais variados conceitos de saúde e ideias diferentes acerca das formas como aquela poderá ser melhorada (Ewles & Simnett, 1999; Milburn, 1996).

As diferentes ideias acerca da saúde variam em função da dimensão de saúde, que as pessoas mais valorizam, dimensões estas que vamos de seguida abordar.

### 2.1.2. Dimensões do conceito de saúde

Pode considerar-se que existem várias dimensões do conceito de saúde, incluindo segundo a classificação apresentada por Ewles e Simnett (1999) a dimensão física, mental, emocional, espiritual, social e ambiental. Será também útil referir o que envolve cada uma destas dimensões.

- **Dimensão física** – É a dimensão mais óbvia e mais reconhecida, estando associada ao funcionamento do organismo humano, reportando-se pois à parte somática.
- **Dimensão mental** – Diz respeito à capacidade da pessoa de pensar clara e coerentemente. Distingue-se das dimensões emocional e social, embora exista uma forte interligação entre estas três dimensões.
- **Dimensão emocional** – Refere-se à capacidade para reconhecer emoções, tais como o medo, alegria, tristeza e raiva e exprimi-las adequadamente. A saúde emocional ou afectiva também significa gerir o stresse, a tensão, a depressão e a ansiedade.
- **Dimensão espiritual** – Para algumas pessoas crentes, a saúde está relacionada com as crenças e práticas religiosas. Para outras pessoas, ainda, esta dimensão poderá ter a ver com crenças pessoais, princípios de comportamento e formas de atingir paz de espírito e estar em paz consigo próprias. Na opinião de Pereira e Cruz (2004), a dimensão espiritual é muito mais ampla e muito mais abrangente que o sentido religioso. É a dimensão que envolve tudo aquilo que muitas vezes não conseguimos traduzir correctamente em palavras e que se relaciona com o que sentimos e com a nossa concepção de vida.
- **Dimensão social** – Esta dimensão significa ser capaz de fazer e manter relacionamentos com outras pessoas que fazem parte do nosso contexto social.

- **Dimensão ambiental** – As dimensões anteriores referiam-se apenas ao nível individual, mas a saúde vai muito além desse plano. Esta dimensão inclui os factores, que poderão influenciar os grandes determinantes de saúde. Assim no dizer de Ewles e Simnett (1999) é impossível ser-se saudável numa sociedade “doente”, que não providencia os recursos necessários à satisfação das necessidades humanas básicas, como a alimentação, o vestuário e a habitação e em países opressores que negam os direitos humanos básicos aos seus cidadãos. Por exemplo, as mulheres não podem ser saudáveis numa sociedade onde a sua contribuição é subvalorizada, nem os negros ou brancos, numa sociedade racista.

### *A importância de um conceito holístico*

A identificação das diferentes dimensões da saúde é útil para tornar consciente a grande complexidade deste conceito. No entanto, na prática é necessário ter em conta, que não se pode espartilhar o ser humano em várias dimensões, uma vez que cada um de nós constitui um todo, onde cada uma destas dimensões interage com todas as outras, num processo dinâmico. A saúde sexual, por exemplo, atravessa todas as dimensões, constituindo um espelho da saúde da pessoa (Naidoo & Wills, 1994). Todos os aspectos da saúde estão interrelacionados, pelo que a visão holística da saúde é um dos grandes valores que todos aqueles que trabalham no campo da saúde e da educação deverão adoptar.

No dizer de Casanova (1992), a perspectiva holística considera o ser humano como uma unidade biofisiológica, psicológica, social e espiritual, que se encontra em constante interacção consigo mesmo, com os outros seres humanos e com o meio envolvente. Daí que a educação e a saúde exijam uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões (Carcel, 2000).

Seedhouse (1986) propôs a ideia de saúde como um alicerce para que a pessoa atinja o seu real potencial. Deste modo, trabalhar em saúde está estreitamente ligado com a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Esta noção de saúde constitui um desafio aos actores no campo da saúde e da PrS, uma vez que reconhece que a saúde é um estado dinâmico, que cada pessoa tem um potencial diferente e que as necessidades em saúde de cada um de nós são diferentes.

Na opinião de Damásio (1998), o Homem é um todo e por conseguinte, não se pode separar o físico do psíquico, do social e do mental. Participa activamente na sua própria



construção e evolução, constituindo uma totalidade da interacção entre as suas várias dimensões. Qualquer perturbação numa das dimensões, terá repercussões em todas as outras e como tal na globalidade que constitui o ser humano. Através das suas investigações na área da Neurologia, conseguiu demonstrar que a dimensão emocional tem um peso muito elevado no processo de tomada de decisão do ser humano e apelida de mito a separação entre a mente e o corpo.

A visão que temos do mundo e do ser humano tem-se vindo a modificar ao longo dos anos. O caminho percorrido conduziu-nos de uma perspectiva reducionista, da qual emerge a abordagem mecanicista/reducionista, a uma outra de conjunto ou sistémica na qual se apoia a abordagem holística. Nesta abordagem enfatiza-se a conexão entre as partes e o todo, perante a consciência humana das partes (corpo, mente, espírito), em que as pessoas procuram viver de acordo com o seu padrão de vida (Martins, Veiga, Quelhas, Barcelos & Azevedo, 2004).

O modelo biomédico continua a moldar muitos profissionais de saúde no desenvolvimento das suas práticas de cuidados de saúde, em que o doente é visto apenas como um caso clínico, portador de uma sintomatologia e patologia específica. É por todos reconhecido que o mundo que nos rodeia está em constante mutação e que a tecnologia impera. No entanto paralelamente à aquisição de conhecimentos e de competências técnicas é importante que o paradigma dominante do cuidar seja o holístico (Morais, 2004). Assim, os cuidados holísticos constituem um afastamento do modelo biomédico reducionista, procurando-se a exploração do todo de modo a contribuir para um melhor nível de saúde das pessoas (McSweeney, 2003).

Ter uma noção correcta da natureza humana e uma imagem não distorcida da mente é fundamental nas intervenções no âmbito da PrS e da EpS. Esta ideia da mente descorporalizada, que segundo Damásio (1998) marcou os últimos quatro séculos, também pode moldar a forma de fazer EpS, propiciando a adopção de modelos biomédicos, que desvalorizam o efeito das perturbações psicológicas sobre o corpo e de outras dimensões, o que deverá ser evitado a todo o custo.

Depois de termos procurado demonstrar a importância de uma visão holística, iremos abordar os determinantes de saúde, já que um estado de saúde ou de doença é o resultado da combinação de diversos factores, que têm um efeito particular no

indivíduo. De maneira a contribuímos para uma melhor saúde, torna-se assim necessário identificar os factores que a influenciam.

### 2.1.3. Principais determinantes de saúde

A questão dos determinantes de saúde tem vindo a ser estudada por vários investigadores no passado. Já em 1937, um relatório sobre o planeamento político e económico dos serviços de saúde britânicos afirmava que os serviços de saúde não eram o único factor que influía sobre a saúde da população, mas que outros factores (habitação, alimentação, nível de vida, etc.) podiam ser mais importantes (McKeown & Lowe, 1974; Morrondo, 2000; Carvalho, 2006). No entanto, foi com a publicação do relatório “Novas perspectivas da saúde dos canadianos” pelo ex-ministro do Canadá, Lalonde (1974), que esta questão alcançou maior notoriedade. Depois de analisar as principais causas de morte dos canadianos, construiu um modelo, segundo o qual o nível de saúde de uma comunidade é determinado pela interacção de quatro variáveis (Sanmartí, 1985):

1. A biologia humana (genética, idade, envelhecimento);
2. O meio ambiente (contaminação física, química, biológica e sócio-cultural);
3. O estilo de vida (comportamentos ligados à saúde);
4. O sistema de saúde (cobertura e acessibilidade).

Depois de surgir este modelo de Lalonde, foram efectuados numerosos estudos nos Estados Unidos da América (EUA) que confirmaram a importância dos estilos de vida como determinante de saúde, sobretudo nos países desenvolvidos. Também foi verificado que, os recursos destinados à melhoria da saúde das populações são, na sua maioria, gastos pelos serviços de saúde.

Com base nestes resultados surgiu nos EUA e no Canadá uma corrente de pensamento, que recomendou a mudança de prioridades na Saúde Pública, no sentido de canalizar maior percentagem das verbas para a PrS/EpS e prevenção da doença que, posteriormente, se estendeu à Europa. Nesta linha de pensamento a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985: 62) afirma que:

*“Ainda há muito que avançar para conseguir compreender as relações entre a saúde e as componentes de estilos de vida específicos. Numerosos estilos de vida favorecem a saúde, desenvolvem o bem-estar físico e mental e*

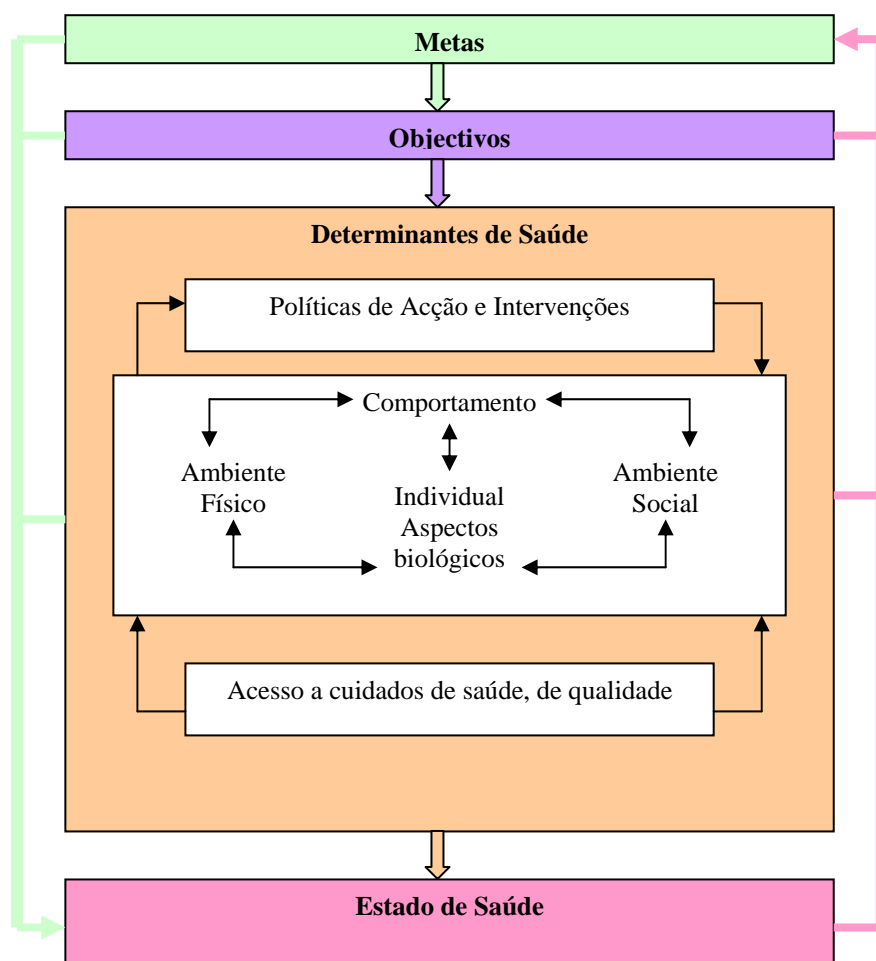
*protegem o indivíduo do stress. Outros englobam comportamentos que podem ser prejudiciais à saúde”.*

Contudo, no dizer de Sanmartí (1985), todos os factores ligados aos determinantes de saúde são muito influenciados por factores sociais. Desde o emergir da moderna Saúde Pública, que se conhece que tanto a saúde como a doença não estão distribuídas uniformemente pela população, sendo que esta distribuição varia em função das diferenças sociais e culturais entre os indivíduos e comunidades.

Potter e Perry (2006), apresentam um modelo de abordagem sistemática à melhoria da saúde, no qual constam os determinantes de saúde, elaborado pelo departamento de Saúde dos EUA, publicado no documento “Pessoas Saudáveis no Ano 2010”, muito semelhante ao de Lalonde, referindo que os aspectos biológicos da pessoa (constituição genética e saúde física e mental) e o comportamento individual (respostas, acções e reacções a estímulos internos e condições externas), podem influenciar a saúde pela interacção entre eles e os ambientes, social e físico do indivíduo, assim como as intervenções implementadas por várias entidades (políticas) e o acesso à prestação de cuidados de saúde. Este modelo parece ter o seu foco no comportamento individual (centro) e não atribuir muito relevo aos factores socioeconómicos (Fig. 2.1).

Segundo Ewles e Simnett (1999), já foi identificada uma enorme gama de factores, que afectam a saúde, entre os quais a constituição genética, género, família, religião, cultura, amigos, rendimento, publicidade, vida social, classe social, raça, idade, situação ocupacional, condições de trabalho, cuidados de saúde, auto-estima, auto-confiança, acesso a actividades de lazer e lojas, habitação, educação, política alimentar do país, poluição ambiental e muitos mais. Todos estes factores poder-se-ão enquadrar nos quatro grandes determinantes de saúde do modelo de Lalonde, a maioria dos quais, no ambiente sócio-económico.

As autoras acima citadas referem ainda que estudos feitos no Reino Unido mostram que, para quase todos os tipos de doença, as pessoas das classes sócio-económicas mais altas têm mais probabilidades de evitar a doença e permanecer saudáveis, que as classes sociais mais baixas, existindo diferenças entre os riscos dos homens e das mulheres e entre diferentes partes do país. Tudo isto confirma que os maiores determinantes de saúde estão relacionados com a classe social, ocupação, condições económicas, localização geográfica e género.



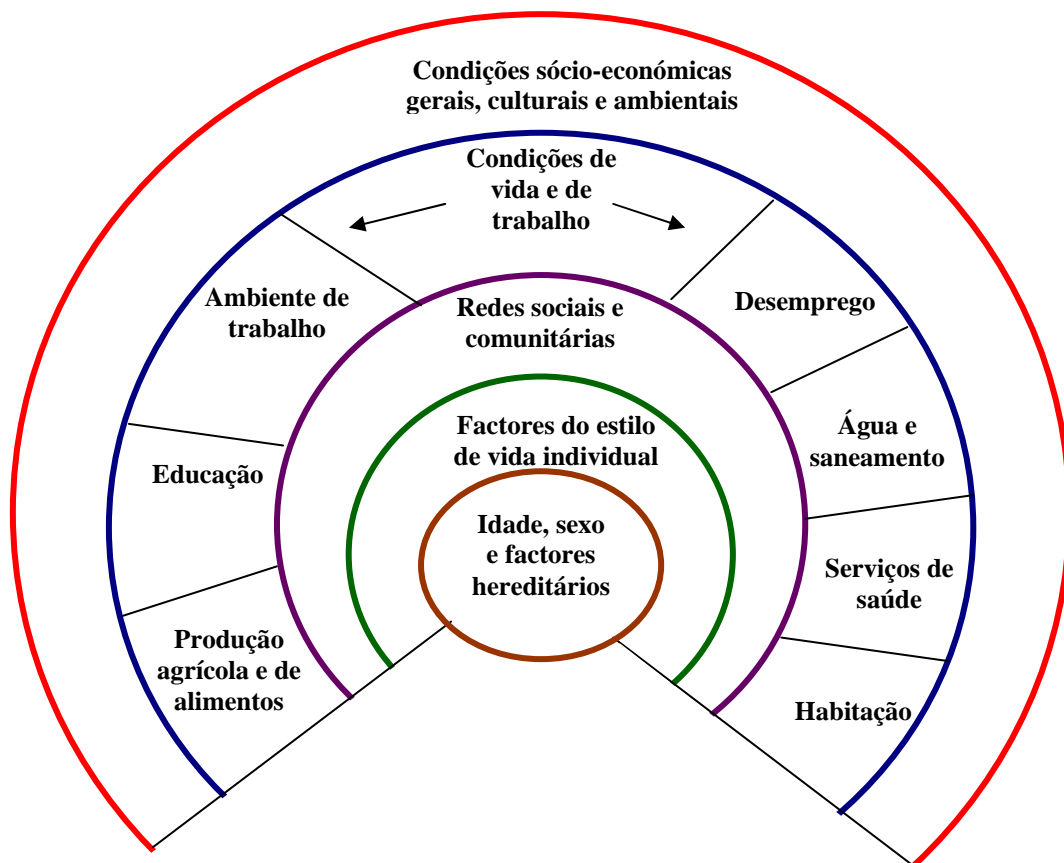
**Fig. 2.1** - Modelo de abordagem sistemática à melhoria da saúde do Departamento de Saúde dos EUA (Adaptado de Potter e Perry, 2006, p. 5).

Trabalhos mais recentes comparando dados de diferentes países têm mostrado que não são as sociedades mais ricas, as que exibem melhor nível de saúde, mas aquelas que têm as menores diferenças de rendimento entre ricos e pobres. Daqui se pode concluir, que a diferença relativa ao nível dos rendimentos é crucial para a saúde das pessoas e que a solução para obter mais ganhos colectivos em saúde é claramente de natureza política (Ewles & Simnett, 1999).

Os modelos de determinantes de saúde e de Promoção e Educação para a Saúde que colocam a sua ênfase no estilo de vida e comportamento individual podem tornar-se prejudiciais, uma vez que se inclinam a culpabilizar os indivíduos vítimas de doença (“victim blaming”) e desviam a atenção dos principais determinantes de saúde de natureza sócio-económica (Katz & Peberdy, 1998; Ewles & Simnett, 1999).

Na opinião de Scriven (2005b), a carta de Ottawa atribui prioridade ao modelo social de saúde, focado nos grandes determinantes, particularmente nas desigualdades em saúde. Estas prioridades indicam, que a consecução da saúde não é uma tarefa exclusiva dos profissionais de saúde e dos serviços sociais, mas que medidas significativas para melhorar a saúde das populações devem ser tomadas fora desses sectores, sendo de responsabilidade política.

Por sua vez, Davies e Macdowall (2006), afirmam que a saúde e o bem-estar das pessoas é influenciado por uma série de factores, no âmbito e para além do controlo dos indivíduos, o que levou ao desenvolvimento de modelos que tentam identificar os determinantes de saúde e os seus mecanismos de actuação. Um dos modelos mais utilizados nos documentos políticos é o modelo “Política Arco-íris”, desenvolvido por



**Fig. 2.2** - Modelo dos determinantes de saúde “Política Arco-íris” (Adaptado de Davies e Macdowall, 2006, p. 50).  
 herança genética) e fa... ráveis (idade, sexo, pressos numa série de camadas concêntricas de... que... de vida individual, redes sociais e comunitárias e condiç... as, culturais e ambientais (Fig. 2.2).

Estes autores referem que a saúde é socialmente padronizada e reforçam a ideia de que o estado de saúde, apesar de ser influenciado pelas características individuais e de comportamento, é determinado significativamente pelas diferentes circunstâncias sociais, económicas e ambientais dos indivíduos e das populações. Acabam por afirmar que os programas, que operam a vários níveis e que se dirigem à vasta série de problemas dos determinantes de saúde, são os mais eficazes.

## **2.2. Da Saúde Pública à Promoção da Saúde**

Todos compreendemos que o significado de Saúde Pública se tenha modificado ao longo dos anos, acompanhando a evolução da sociedade, dos conhecimentos e meios técnicos, que sofreram grandes transformações na segunda metade do século XX.

Etimologicamente a expressão «Saúde Pública» significa saúde do povo, das comunidades ou de grupos de populações humanas no meio ambiente em que vivem, em complementaridade à «Saúde Individual» ou de cada indivíduo isoladamente (Ferreira, 1990). A Saúde Pública na actualidade tem como objectivo principal o estudo e a resolução de problemas que condicionam a saúde de indivíduos inseridos no seu meio ambiente.

Davies e Macdowall (2006: 9 citando Winslow, 1923), apresentam uma definição de Saúde Pública deste autor que diz que é “A ciência e a arte de promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida através de esforços organizados da sociedade”. Esta definição combina o rigor da ciência com a criatividade da arte, a promoção, a prevenção e o aumento da esperança de vida, como missão de toda a sociedade.

Outra definição de Saúde Pública, muito semelhante à anterior, refere que é “A ciência e a arte que permitem pôr em acção os conhecimentos e técnicas fornecidos pelas ciências médicas e pelas disciplinas aparentadas num esforço colectivo e coordenado para manter e melhorar a saúde dos grupos de indivíduos” (Hillboe, 1965 citado por Ferreira, 1990: 5). Esta definição mantém a combinação da ciência e da arte, introduz a aplicação dos conhecimentos e técnicas e a multidisciplinaridade desta área, com os objectivos de preservar e aumentar o nível de saúde de grupos populacionais.

Pera (2003: 38), apresenta uma definição de Saúde Pública como “Um compromisso com a acção para melhorar a saúde colectiva”. Neste conceito para além da referência à

acção, aparece a questão do compromisso, não perdendo de vista o âmbito colectivo da Saúde Pública.

A base da nossa compreensão do termo «Promoção da Saúde» encontra-se nos movimentos de Saúde Pública do século XIX surgidos na Europa e nos EUA. Por esse motivo vamos de seguida fazer referência às fases da evolução da Saúde Pública.

### 2.2.1. Períodos da evolução da Saúde Pública

Pode dizer-se que a Saúde Pública terá começado quando o Homem se começou a aperceber de que da vida em comunidade resultavam problemas para a saúde dos indivíduos que a constituíam e foi descobrindo, de forma consciente ou inconsciente, estratégias para diminuir ou evitar esses problemas. A experiência acumulada e os resultados obtidos através da aplicação dessas estratégias, conduziu ao estabelecimento de medidas e criação de hábitos, que sob a forma de regras, leis ou práticas individuais e comunitárias, algumas de foro religioso, constituíram um esboço ainda muito incipiente, duma actuação colectiva e coordenada visando a obtenção de bem-estar e a preservação da saúde.

No entanto foi só a partir do século XV com a sistematização dos conhecimentos adquiridos, tanto no domínio científico como no tecnológico, que se tornou possível desenvolver uma linha racional, de actuação orientada e organizar serviços com alguma capacidade de protecção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Mas o acesso aos serviços de saúde só passou a ser considerado um dos direitos fundamentais do Homem apenas na segunda metade do século XX (Ferreira, 1990).

A evolução da Saúde Pública pode ser dividida em quatro grandes períodos (Ferreira, 1990):

- 1) Dos primeiros tempos até ao Renascimento
- 2) Do Renascimento até meados do século XIX
- 3) Da segunda metade do século XIX até à segunda metade do século XX
- 4) Período após a II Guerra Mundial até à actualidade.

Descrevemos de seguida as principais características de cada uma destas fases.

1) **Dos primeiros tempos ao Renascimento (até 1500)** - Durante este período de milhares de anos a Saúde Pública é caracterizada pela incapacidade para proteger e

promover a saúde das populações devido à ignorância das causas e dos mecanismos de transmissão das doenças humanas e das influências dos diversos factores ambientais e da falta de registos regulares de natalidade, mortalidade e morbilidade.

As doenças eram consideradas calamidades, em grande parte mal identificadas, muitas delas com carácter mais ou menos endémico (Ex. lepra, tuberculose, etc.) ou sob a forma de epidemias (Ex. varíola, peste, etc.) que dizimavam grandes massas da população atingida. Os indivíduos e as comunidades não dispunham de quaisquer meios com alguma eficácia na protecção da saúde. Durante milénios, a população mundial aumentou muito lentamente e em diferentes épocas e regiões diminuía ou extinguia-se mesmo, por acção de algumas doenças.

Sabe-se que desde as civilizações mais primitivas se foi organizando alguma forma de melhoria das condições ambientais (habitação, saneamento) em que os grupos de pessoas viviam, que correspondem a medidas activas de Saúde Pública. Os sistemas de captação e distribuição de água e de remoção de dejectos, que se foram desenvolvendo nas cidades primitivas, desde a civilização suméria até aos romanos e árabes mostram um certo progresso no esforço das autoridades no estabelecimento de condições, que indirectamente, constituíam meios de melhoria da saúde das comunidades.

Nas comunidades primitivas, a prática da medicina, aparece ligada a práticas religiosas e de magia, não exercendo qualquer apreciável influência no estado de saúde da população. Os únicos meios de defesa contra a doença conhecidos naquela época eram o isolamento e a eliminação ou abandono dos doentes.

Uma nova fase da história da medicina, começou na Grécia clássica, na qual se procurou estabelecer princípios racionais de observação, tendo sido feitas duas descobertas importantes:

- a) As doenças não são um capricho dos deuses, nem do foro da magia;
- b) O corpo humano dispõe de poder natural de cura, que é necessário auxiliar e não contrariar.

Durante a Idade Média, o isolamento e o tratamento dos doentes são as medidas tomadas para tentar prevenir que os riscos de contágio e a sobrecarga que os doentes representavam pudessem alastrar a toda a comunidade. É o período em que surgem os hospitais e recolhimentos na Europa ocidental.

No entanto, a noção de saúde individual e da comunidade continuava muito ligada ao conceito teológico do pecado e em sectores importantes da sociedade as epidemias



eram vistas como acções sobrenaturais. Ainda não se tinha a percepção de que a saúde e a doença podiam ser objecto de uma acção pública permanente, nem existiam recursos, nem experiência suficiente para a organizar (Ferreira, 1990).

**2) Do Renascimento até meados do século XIX (1500 – 1850)** - Este período, que vai desde o século XVI até metade do século XIX, desenvolve-se do Renascimento ao Industrialismo e Movimento Sanitário e é caracterizado por novas tendências na maneira de pensar e de viver da parte mais evoluída da humanidade, tendo tido o seu apogeu na Europa devido ao desenvolvimento do comércio, da indústria e dos descobrimentos, que levaram ao surgimento da burguesia e a uma nova estrutura social. É neste período que se dá a grande e decisiva renovação do conhecimento em muitos sectores da actividade humana, que resultou do desenvolvimento da ciência experimental e do estudo objectivo da natureza, na qual se inclui o corpo humano, característicos da época do renascimento do pensamento.

Alguns espíritos mais atentos e esclarecidos (como More e Malthus) chegaram mesmo a estudar medidas de melhoria da saúde da “raça humana”. Contudo, estas ideias levariam ainda muitos séculos a ser implementadas porque se baseavam em conhecimentos poucos precisos, eram desprovidas de informação real e porque não encontraram um ambiente social muito favorável à sua aplicação. Por outro lado, as acções dos grupos religiosos, que tiveram um grande papel humanitário, foram experiências isoladas e de efeitos muito limitados na melhoria da saúde das populações.

No entanto, neste período registaram-se progressos reais na implementação de medidas, ou intervenções, baseadas em novos conhecimentos, no campo das doenças profissionais e no campo dos registos regulares da natalidade, casamentos e mortalidade, por autoridades religiosas ou civis em vários países.

A partir da segunda metade do século XVII, o desenvolvimento industrial provocou o êxodo dos trabalhadores dos campos para as cidades da Europa Ocidental que ficaram superpovoadas, sem que os seus problemas ambientais fossem resolvidos. Este fenómeno estendeu-se até meados do século XIX (e em muitas regiões e países até mais tarde), vindo a despertar grandes movimentos da opinião pública que levaram ao estudo dos problemas de saúde dos pobres e trabalhadores das cidades.

Apesar destas condições e da pouca influência da medicina na protecção ou recuperação da saúde, a melhoria do nível de vida, resultante da industrialização e do desenvolvimento do comércio e da agricultura bem como a influência dos novos conhecimentos tiveram efeitos positivos na saúde dos indivíduos e contribuíram para aumentar a preocupação pelos problemas de saúde e pela higiene da comunidade. Embora os progressos tenham sido muito lentos e desiguais nos diversos países e regiões, a mortalidade, sobretudo infantil, começou a baixar e a esperança média de vida a aumentar.

No começo do século XIX assiste-se a uma rápida expansão das áreas urbanas e industriais e a um grande desenvolvimento dos conhecimentos científicos, o que levou ao aumento das preocupações humanitárias e sociais e do sentido de responsabilidade da sociedade, que despoletaram o estudo dos grandes problemas de saúde que afectavam a população. Johann Frank (1745-1821), delineou um projecto de higiene pública e privada, em que analisa quase todos os assuntos de Saúde Pública, atribuindo maior relevo aos cuidados médicos e às relações da pobreza com a doença, enquanto Edwin Chadwick (1800-1890), preocupou-se principalmente com o saneamento e com a actuação das autoridades locais perante problemas de higiene colectiva, tendo estudado as relações da doença com a pobreza nas comunidades de trabalhadores (Ferreira, 1990).

**3) Da segunda metade do século XIX até à segunda metade do século XX (1850-1950)** - Abrange as transformações ocorridas entre o início do Movimento Sanitário à formação da Organização Mundial de Saúde. Foi neste período que a Saúde Pública definitivamente se desenvolveu, embora no início as bases científicas das intervenções fossem diminutas.

Durante este período, manifestaram-se cinco poderosas influências, que em poucas dezenas de anos, mudaram radicalmente a compreensão dos problemas no âmbito da Saúde Pública:

- (i) O movimento iniciado por Chadwick, na Inglaterra, sobre a importância da higiene e do saneamento do meio ambiente na saúde das pessoas, cuja influência se estendeu a vários países;
- (ii) As descobertas no domínio da microbiologia iniciadas em 1870 por Pasteur, Koch e Lister;

- (iii) A formação profissional de enfermagem (Florence Nightingale), que em conjugação com as medidas de assepsia transformaram os hospitais num verdadeiro lugar de tratamento e recuperação da saúde;
- (iv) A relação entre a mortalidade e a morbilidade com as condições económicas e sociais da população, tendo-se constatado que a taxa de mortalidade e de morbilidade eram mais elevadas nos mais pobres;
- (v) A acção dos reformadores sociais que esclareceu e influenciou a opinião pública e a acção dos políticos.

Os serviços de Saúde Pública alicerçaram-se e desenvolveram-se com a descoberta dos agentes e modo de transmissão das doenças infecciosas, de soros e vacinas protectoras contra algumas doenças, da criação de laboratórios de diagnóstico e controlo e dos inquéritos para determinar as principais causas de morte nos diversos estratos da população.

Depois da Primeira Guerra Mundial os serviços de Saúde Pública estenderam-se rapidamente e os seus efeitos tornaram-se visíveis em todo o mundo, sendo no entanto diferente a aplicação nos diversos países.

Os progressos feitos pela medicina e outras disciplinas aumentaram muito a capacidade de actuação dos serviços de Saúde Pública que se orientaram no sentido de oferecer uma protecção uniforme às populações. Apesar das grandes falhas em eficiência os progressos foram notáveis (Ferreira, 1990).

No dizer de Ewles e Simnett (1999), o trabalho inicial da Saúde Pública na primeira metade do século XX, concentrou-se nas reformas ambientais, tais como, a extinção dos bairros de lata e melhoria da qualidade do ar.

**4) Período actual (a partir de 1950)** - Depois da II Guerra Mundial, o movimento da Saúde Pública intensificou-se em todos os países desenvolvidos e estendeu-se aos países e regiões subdesenvolvidas, impulsionado essencialmente por três factores:

- (i) A criação da OMS, através da carta das Nações Unidas (1945), que entrou em funcionamento em 1948, como agência oficial de coordenação no campo da saúde a nível internacional, com o objectivo de ajudar os países membros a organizarem os seus próprios serviços de saúde e a lutar contra as grandes doenças;

- (ii) A pressão social e política sobre os governos no sentido do aperfeiçoamento das políticas de saúde;
- (iii) O progresso da medicina.

A Saúde Pública a partir da última década do século XX entra numa fase de profunda evolução e à medida que o avanço dos conhecimentos científicos permite descobrir solução para alguns problemas mais importantes (saneamento, doenças infecciosas, doenças profissionais, etc.) e os serviços de saúde adquirem capacidade para os controlar, cedem o lugar em importância a novos problemas, que por serem ainda mal conhecidos, tornam necessária a investigação na procura de estratégias de luta cada vez mais eficazes.

Neste período a Saúde Pública apresenta diversas características, destacando-se as quatro seguintes (Ferreira, 1990):

- (i) Disponibilidade de várias técnicas bem estruturadas e larga experiência na sua aplicação contra as doenças evitáveis, que continuam em aperfeiçoamento e poderão ser importadas pelos países em desenvolvimento e postas ao serviço da população;
- (ii) A contribuição da investigação, na sua grande maioria efectuada fora dos serviços de saúde, tem-se revelado lenta na descoberta de factores que condicionam o aparecimento e a evolução das doenças emergentes (SIDA, doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, etc.) e de conhecimentos que suportem a organização de novas estruturas capazes de enfrentar estes problemas;
- (iii) O sucesso na luta contra as doenças responsáveis pela mortalidade nas idades mais jovens e o aumento da esperança de vida tem vindo a provocar um aumento da proporção de pessoas idosas, com necessidades de saúde específicas, que implicam a adaptação dos serviços de saúde;
- (iv) O sucesso na redução da mortalidade, sem que a natalidade tenha diminuído de forma tão acentuada, levou a um crescimento da população mundial, com todas as implicações de ordem económica, social e política que essas alterações acarretam.

Entre 1950 e 1960 o foco da Saúde Pública evoluiu na direcção da necessidade da mudança individual para comportamentos mais saudáveis, dando mais atenção, por exemplo, ao planeamento familiar, às doenças venéreas, à imunização, aos consumos de

álcool e tabaco, entre outros; esta ênfase na abordagem de estilos de vida significou uma concentração de esforços na EpS. Durante os anos 70 a ênfase anterior foi fortemente criticada, porque desviou a atenção dos determinantes de saúde sociais e económicos e desenvolveu uma tendência para culpabilizar os indivíduos vítimas da sua própria doença “victimizing blaming” (Katz & Peberdy, 1998; Ewles & Simnett, 1999).

Só nos anos 1980, houve uma nova viragem, tendo emergido a abordagem abrangente da PrS, que teve continuidade nos anos 90, a qual envolvia a EpS, mas que também abordava a necessidade de acção política e social e mais importante, baseava-se no envolvimento das pessoas na direcção do seu próprio destino na saúde (Ewles & Simnett, 1999).

### **2.2.2. O movimento de Promoção da Saúde**

O movimento de Promoção da Saúde (PrS) está intimamente ligado às conferências internacionais organizadas pela OMS e foi despoletado por algumas circunstâncias, que favoreceram a sua emergência, tais como:

- Um melhor conhecimento dos factores que intervêm no processo saúde-doença e o reconhecimento da influência das condições sociais sobre o mesmo. Diversos estudos demonstraram que a redução da prevalência das doenças infecciosas e o aumento da prevalência das doenças crónicas degenerativas (anterior às intervenções dos cuidados de saúde) ficaram a dever-se a melhorias sócio-ambientais (saneamento, melhor alimentação e higiene pessoal, maiores salários, etc.);

- O grande desenvolvimento da tecnologia médica e, os grandes avanços no diagnóstico e tratamento conduziram a um aumento dos gastos com a saúde muito acima do que indivíduos e as comunidades poderiam suportar, tendo-se colocado a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde, privilegiando a prevenção da doença e a PrS como formas mais eficazes e económicas de manter a saúde;

- A proposta da OMS dirigida aos países membros da organização, sobre a necessidade de uma mudança nos serviços de saúde de forma a garantirem a toda a população a satisfação das suas necessidades básicas (alimentação, água, saneamento, eliminação de vectores, assistência materno-infantil, vacinação e medicamentos essenciais), a que se chamou cuidados essenciais.

Impulsionada por esta preocupação, a OMS preparou a estratégia de âmbito mundial “Saúde para todos no ano 2000” que aprovou em Assembleia em 1977. Esta estratégia foi importante ao fazer da equidade e da justiça social os maiores objectivos sociais, tendo fomentado internacionalmente o interesse na Saúde Pública, reorientando a atenção para os determinantes da saúde sociais e económicos e o seu impacto desigual na saúde das populações (Davies & Macdowall, 2006). De seguida organizou uma conferência internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata (1978), da qual resultou uma declaração, cujos elementos básicos são (Morrondo, 2000; WHO, 2003a):

- (i) A saúde foi considerada um direito humano fundamental e o objectivo social mais importante;
- (ii) A equidade em saúde é um elemento básico desta;
- (iii) A estreita relação entre a PrS e a protecção da saúde e o desenvolvimento económico e social, as quais contribuem para uma melhor qualidade de vida e paz mundial;
- (iv) O direito e o dever das pessoas em participar de forma individual e colectiva na gestão da saúde;
- (v) Os governos têm a obrigação de cuidar da saúde dos seus povos;
- (vi) Os Cuidados Primários de Saúde são cuidados de saúde essenciais e constituem o primeiro nível de contacto dos indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde.

A filosofia e os principais conteúdos do movimento de PrS inspiraram-se nas primeiras quatro conferências internacionais sobre a PrS e nas declarações daí resultantes. Por esse motivo iremos de seguida apresentar os aspectos mais relevantes de cada uma delas e das que se sucederam.

- **Conferência de Ottawa** – O Gabinete Europeu da OMS patrocinou uma série de encontros para explorar o conceito e os princípios da PrS, que culminaram na organização desta conferência destinada aos países desenvolvidos. Foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, tendo sido realizada na cidade de Ottawa, no Canadá, em Novembro de 1986. Teve como ponto de partida os progressos conseguidos graças à declaração de Alma-Ata e foi uma resposta às crescentes expectativas de um novo movimento de Saúde Pública no mundo.

A carta de Ottawa, que resultou desta conferência faz sua a definição de PrS, salientando os requisitos básicos para que se possa empreender a PrS (paz, abrigo,

educação, alimento, rendimentos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e igualdade) e propõe cinco estratégias fundamentais para a PrS:

- (i) Estabelecer uma política que tenha em conta a saúde em todos os sectores;
- (ii) Criar ambientes favoráveis à saúde;
- (iii) Reforçar a acção comunitária;
- (iv) Desenvolver aptidões pessoais;
- (v) Reorientar os serviços de saúde.

Além destas estratégias básicas existem três pontos importantes que constituem o eixo sobre o qual podem girar os aspectos anteriores: defender a PrS e tudo o que para ela contribua; capacitar as pessoas para atingirem completamente o seu potencial de saúde; e mediar entre os diferentes interesses da sociedade para conseguir o maior nível de saúde possível.

Estas três tarefas são competências dos governos, dos profissionais de saúde, dos profissionais de serviço social e de outros profissionais bem como de todos os indivíduos e organizações que se preocupem pela Promoção da Saúde (WHO, 1986; Morrondo, 2000).

Definiu ainda as seguintes características da PrS: é um processo, sendo um meio para um fim, é permitir – fazer com e para as pessoas – não se impondo a elas; é dirigida à melhoria do controlo sobre os determinantes da saúde.

• **Conferência de Adelaide** – A II Conferência Internacional sobre PrS realizou-se em Adelaide, Austrália, em Abril de 1988, com o tema “Política para a saúde. Estratégias de acção”, no seguimento das propostas de Ottawa. Procurou analisar a experiência internacional no desenvolvimento de políticas de Saúde Pública (Morrondo, 2000; Davies & Macdowall, 2006).

O documento saído desta conferência, define a política para a saúde como a política que se preocupa em conseguir a saúde e a equidade em todos os sectores e assume a responsabilidade pelas consequências que as suas medidas poderão ter na saúde, o que permite criar ambientes saudáveis e facilita aos indivíduos a adopção de decisões mais favoráveis à saúde. Também reconhece que a saúde é um bom investimento social.

Destaca a necessidade de eliminar as desigualdades em saúde entre os grupos e as classes sociais, baseando-se no princípio da equidade, reconhece a responsabilidade das

administrações nas consequências que as suas medidas podem ter na saúde e a necessidade de participação das diversas organizações sociais nas actividades de promoção da saúde (Morrondo, 2000).

A conferência estabeleceu ainda, os seguintes objectivos: incentivar a participação das mulheres na PrS; estabelecer uma política alimentar que garanta alimentos suficientes, saudáveis e culturalmente aceitáveis; reduzir o consumo e a produção de tabaco e álcool mediante a reconversão de culturas; e lutar para obter um ambiente saudável, tendo em conta a conservação dos recursos e a reciclagem (Morrondo, 2000).

• **Conferência de Sundswall** – A III conferência internacional sobre PrS, decorreu em Sundswall, Suécia, em Junho de 1991, tendo dedicado as suas actividades ao tema “Desenvolvimento de ambientes saudáveis”, explorando formas e meios de criar ambientes favoráveis à saúde, uma das cinco estratégias da carta de Ottawa (Morrondo, 2000; Davies & Macdowall, 2006).

Esta conferência preocupou-se com a situação das pessoas que vivem em condições de extrema pobreza (refugiados, emigrantes e habitantes dos subúrbios) e em ambientes cada vez mais deteriorados, tanto no aspecto físico como no aspecto social, sobretudo no hemisfério sul, mas cada vez mais também no mundo desenvolvido, constituindo o que se chama o quarto mundo. Chamou à atenção para a influência que têm na saúde as desigualdades entre ricos e pobres, que considerou intoleráveis, tornando a meta da Saúde para Todos no Ano 2000, extremamente difícil de atingir (DGS, 2007a).

No entender do grupo de trabalho desta conferência, as políticas e as intervenções sobre o meio devem basear-se em dois princípios fundamentais:

- (i) A equidade, que implica distribuir equitativamente os recursos e as responsabilidades e
- (ii) Interdependência entre os seres e entre as gerações actuais e futuras, cuja possibilidade de desenvolvimento devemos garantir através de um desenvolvimento sustentável.

Resumidamente a conferência sugeriu três imperativos básicos (Morrondo, 2000):

- (i) Reduzir a actividade económica e tecnológica, ajustando-a ao desenvolvimento sustentável;
- (ii) Desenvolver ambientes físicos, sócio-económicos e políticos favoráveis à saúde;
- (iii) Aumentar a equidade entre indivíduos, regiões e países.



Nesta linha de acção, a OMS apoiou o desenvolvimento da rede de Escolas Promotoras de Saúde, de locais de trabalho promotores de saúde e de Hospitais promotores de saúde bem como do projecto “cidades saudáveis” (Davies & Macdowall, 2006).

A chamada para a Acção feita nesta conferência é dirigida a políticos e a responsáveis por tomadas de decisão em todos os sectores relevantes e a todos os níveis.

A conferência de Sundswall demonstrou, uma vez mais, que as questões de saúde, ambiente e desenvolvimento não podem ser vistas separadamente. O desenvolvimento deve implicar uma melhoria da qualidade de vida e da saúde, enquanto garante da preservação sustentável do ambiente. Só uma acção mundial, concertada e baseada em parcerias globais poderá assegurar o futuro do nosso planeta (DGS, 2007a).

- **Conferência de Jacarta** - A IV conferência internacional sobre Promoção da Saúde teve lugar em Jacarta, Indonésia, em Julho de 1997, sob a temática “Novos actores para uma Nova Era. Adaptar a Promoção da Saúde ao século XXI”. Foi a primeira a ser realizada num país em desenvolvimento e a envolver o sector privado no apoio à PrS, centralizando a sua atenção na criação de parcerias entre sectores, incluindo parcerias público-privadas (Morrondo, 2000; Davies & Macdowall, 2006; DGS, 2007b).

Decorridos onze anos após a primeira conferência internacional sobre PrS realizada em Ottawa, verifica-se que o cenário mundial mudou drasticamente, emergindo nesta altura novas ameaças à saúde, entre as quais o maior envelhecimento da população, o crescimento da população urbana e do desemprego, a maior prevalência das doenças crónicas, o aumento do sedentarismo, as resistências aos fármacos, o abuso de drogas e a violência, o aparecimento de novas doenças infecciosas e problemas de saúde mental, a globalização da economia, do comércio e das comunicações e a degradação ambiental.

Por outro lado, vem-se consolidando o princípio de que a saúde é um direito humano fundamental e um factor indispensável ao desenvolvimento social e económico, sendo a PrS um elemento essencial para conseguir uma maior equidade em saúde, a mudança de estilos de vida e das condições sociais, económicas e ambientais.

Aos nove requisitos prévios para a saúde reconhecidos na carta de Ottawa a declaração de Jacarta adiciona a segurança social, o relacionamento social, a

capacitação (empowerment) das mulheres, o sistema económico estável e o respeito pelos direitos humanos.

Às cinco estratégias formuladas em Ottawa adiciona outras quatro que considera elementos chaves na PrS (DGS, 2007b):

- (i) Utilizar abordagens globais no desenvolvimento da saúde, que são mais efectivas, combinando as estratégias propostas em Ottawa;
- (ii) Recorrer a ambientes específicos (cidades, escolas, lugares de trabalho, etc.), pois oferecem oportunidades concretas para a implementação de estratégias globais. Neste sentido iniciaram-se vários programas para tornar os diversos contextos mais saudáveis;
- (iii) Conseguir a participação da população nos processos de planeamento e de tomada de decisões, uma vez que, a participação é indispensável para sustentar esforços e para os tornar eficazes;
- (iv) Impulsionar o processo de aprendizagem em saúde, permitindo que as pessoas e comunidades adquiram poder sobre a sua própria saúde, o que constitui um elemento essencial para se conseguir uma participação efectiva.

Para fazer face aos novos perigos que ameaçam a saúde, a Declaração de Jacarta considera necessário não só aproveitar as potencialidades de PrS de algumas instituições – como a família e as comunidades locais – mas também derrubar as barreiras entre os diferentes sectores da administração pública, entre organizações governamentais e não governamentais e entre os sectores público e privado, criando novas parcerias para a saúde, numa base de igualdade entre os diferentes sectores, a todos os níveis da sociedade.

Estabelece também cinco prioridades de Promoção da Saúde para o presente século, que são (Davies & Macdowall, 2006; DGS, 2007b):

- (i) Promover a responsabilidade social no que diz respeito à saúde. Os decisores políticos devem comprometer-se a respeitar este princípio através de políticas que não sejam prejudiciais à saúde das pessoas, protejam o ambiente e assegurem uma utilização sustentada dos recursos, restrinjam a produção, o comércio e uso de substâncias nocivas, protejam o trabalhador e incluam avaliações de impacto sobre a saúde, na perspectiva da equidade;

- (ii) Reforçar os investimentos para o desenvolvimento em saúde. Deve adoptar-se uma abordagem multisectorial que preveja a alocação de recursos, para outros sectores além do da saúde, reorientando os investimentos actuais de forma a responder a necessidades de grupos especiais, como as mulheres, crianças, pessoas idosas, minorias e populações marginalizadas.
- (iii) Consolidar e expandir as parcerias em saúde. As parcerias para a saúde devem ser transparentes, responsáveis e nortear-se pelos princípios éticos acordados e pela compreensão e respeito mútuos. Devem reforçar-se as parcerias já existentes e explorar a possibilidade de estabelecer novas parcerias;
- (iv) Aumentar a capacitação (“*empowerment*”) da comunidade e do indivíduo. A PrS deve ser efectuada por e com as pessoas e não sobre e para as pessoas. Isto requer educação, formação para a liderança e acesso aos recursos e ao processo de tomada de decisões.
- (v) Garantir infra-estruturas para a PrS. Para tal é necessário encontrar novos mecanismos de financiamento, desenvolver incentivos, criar redes sociais para conseguir a colaboração intersectorial, fazer formação em liderança a nível local, divulgar experiências avaliadas de PrS e de criação de ambientes políticos, legais educativos, sociais e económicos para manter a PrS.

A conferência propôs ainda criar uma Aliança Global de Promoção da Saúde, dirigida pela OMS, com o objectivo de fazer avançar as seguintes prioridades de acção:

- (i) Aumentar o conhecimento sobre as mudanças nos determinantes de saúde;
- (ii) Apoiar a cooperação e o estabelecimento de redes para o desenvolvimento da saúde;
- (iii) Mobilizar recursos para a PrS;
- (iv) Acumular conhecimentos sobre boas práticas;
- (v) Favorecer a partilha da aprendizagem;
- (vi) Promover a solidariedade na acção;
- (vii) Estimular a transparência e a responsabilidade pública na PrS.

Os governos são convidados a encorajar e patrocinar a criação de redes de PrS tanto nos seus países como entre países. O papel principal da OMS seria comprometer os governos, as Organizações Não Governamentais, os bancos de desenvolvimento, as

agências das Nações Unidas, os organismos inter-regionais, os movimentos sindicais e outras associações de trabalhadores, assim como o sector privado para levar à prática as propostas desta conferência (DGS, 2007b).

Na sequência destas conferências a evolução social tem seguido o seu curso, com grandes movimentos, que se têm produzido em diferentes campos, como a habitação, a família, o envelhecimento, o trabalho, a violência, os mercados e as comunicações. Kickbush (1998) chamou a atenção para as seis tendências fundamentais traçadas pelo Instituto de Investigação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social (UNRISD):

- (i) A expansão da democracia liberal;
- (ii) O domínio das forças de mercado;
- (iii) A integração da economia global;
- (iv) A transformação dos sistemas de produção e dos mercados de trabalho;
- (v) A velocidade da mudança tecnológica;
- (vi) A revolução dos meios de comunicação e o consumismo.

A Promoção da Saúde tem que ter em conta estas tendências para que possa enfrentar com eficácia os diferentes problemas de saúde que se colocam quer através da sua influência sobre o meio ambiente físico, quer sobre as condições de vida e o comportamento da população. Também a política que se preocupa com a saúde, não pode fazer-se à margem do conhecimento da evolução social.

O debate sobre a PrS, continuou na XV conferência mundial da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação Sanitária (UIPES), realizada em S. Juan, Porto Rico (1998), com o lema “Novos horizontes para a saúde: da imaginação à prática”. Nela se discutiram como temáticas principais a equidade, a capacitação (“*empowerment*”), o ambiente e a economia, seguindo-se as áreas prioritárias de acção traçadas em Jacarta.

Por sua vez, a Aliança Global para a PrS, criada na conferência de Jacarta, iniciou as suas actividades centrando-se nas quatro grandes áreas que têm influência sobre os estilos de vida (Morrondo, 2000):

- (i) Viagens, turismo e lazer;
- (ii) Recursos naturais;
- (iii) Comunicações;
- (iv) Água e infra-estruturas.

No final de 1999 a OMS definiu as “21 Metas, para o século XXI”, que são ao mesmo tempo um desafio e uma inspiração para os países membros, uma mistura das realidades de hoje com os sonhos de amanhã. Estas metas resultaram da experiência das políticas de “Saúde para Todos”, que se iniciou nos anos 80, da monitorização e avaliação da sua implementação, bem como da informação recebida dos diversos países.

Estas metas procuram incentivar os Estados Membros da Organização a diminuir ou erradicar os problemas identificados nas conferências sobre PrS, como a desigualdade (Meta 2), reafirmando a importância dos ambientes saudáveis (Meta 13), da abordagem multisectorial (Meta 14), das parcerias para a saúde entre o sector público e o privado e das políticas que contribuam para a saúde de toda a população (WHO, 1999).

- **Conferência do México** – A quinta conferência Global sobre Promoção da Saúde, cujo lema foi “Promoção da Saúde: rumo a uma maior equidade”, realizou-se na Cidade do México, México, em Junho de 2000, dando continuidade a um dos imperativos saídos da Conferência de Sundswall: o aumento da equidade entre os indivíduos e os países.

Os ministros da saúde dos países membros da OMS presentes, reconheceram que para a consecução de um bom nível de saúde é necessário o desenvolvimento social e económico e equidade, e explicitaram que a PrS e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade dos governos devendo ser partilhada por todos os sectores da sociedade. Afirmaram estar conscientes de que, nos últimos anos, houve uma melhoria significativa da saúde e um progresso na prestação de cuidados de saúde em muitos países, conseguidos através de esforços sustentados dos governos e sociedades.

No entanto, constataram que apesar destes progressos, ainda persistem muitos problemas de saúde, devendo ser urgentemente resolvidos no sentido de promover a equidade em termos de saúde e bem-estar. Referiram ainda que doenças novas e reemergentes ameaçam o progresso registado na área da saúde. Também consideraram que existe uma necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a PrS em todos os sectores da sociedade. Por fim, concluíram que a PrS deve ser uma componente fundamental das políticas e programas públicos.

Tendo em conta estas considerações recomendaram (DGS, 2007c):

- (i) Colocar a PrS como prioridade fundamental das políticas e programas e locais, regionais, nacionais e internacionais;
- (ii) Assumir um papel de liderança para assegurar a participação activa de todos os sectores e da sociedade civil, na implementação das acções de PrS, que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde;
- (iii) Apoiar a preparação de planos de acção nacionais para a PrS, utilizando, se necessário, a capacidade técnica da OMS e dos seus parceiros nessa área;
- (iv) Estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde;
- (v) Defender a ideia de que as Agências da Organização das Nações Unidas (ONU) devem ser responsáveis pelo impacto, em termos de saúde, da sua agenda de desenvolvimento;
- (vi) Informar o Director-Geral da OMS, para fins do relatório a ser apresentado à 107ª sessão da Directoria Executiva, acerca do progresso registado na execução das acções acima referidas.

Analisando o pacote de acções a implementar recomendado pelos delegados desta conferência, verificamos que não apresenta grandes novidades relativamente às ideias saídas das conferências anteriores. Salienta-se apenas o grande apelo à acção, a intenção de apoiar a preparação de planos de acção e a ideia de responsabilização das Agências da ONU pelas suas intervenções.

- **Conferência de Bangkok** – A VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve lugar em Bangkok, Tailândia, em Agosto de 2005, sob o título “Promoção da Saúde num mundo globalizado”, tendo revisto as estratégias de PrS face a esta realidade (Davies & Macdowall, 2006; PSP, 2007).

A carta de Bangkok identifica as acções e os compromissos necessários para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado através da PrS. Este documento complementa e desenvolve os valores, os princípios e as estratégias da carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, sem esquecer as recomendações emanadas das conferências subsequentes, ratificadas pelos Estados Membros. Define, ainda, PrS como o “*processo de capacitação de pessoas para controlar os determinantes da saúde e assim melhorarem a sua saúde*” (PSP, 2007: 1).

Neste documento foram identificados alguns factores críticos que actualmente influenciam a saúde como o aumento das desigualdades sociais em cada país e entre diferentes países, os novos padrões de consumo e de comunicação, os processos de comercialização, as alterações ambientais a nível global e a urbanização. Para além dos factores críticos esta carta define os novos desafios que incluem as mudanças rápidas e

frequentemente adversas nas áreas social, económica e demográfica e as novas oportunidades de cooperação para, melhorar a saúde e reduzir os riscos transnacionais que a globalização coloca. Refere ainda que para gerir os desafios da globalização há que garantir a coerência das políticas adoptadas, porque apesar do progresso alcançado com a colocação da saúde no centro do desenvolvimento, ainda é preciso fazer muito mais, sendo crucial a participação activa da sociedade civil.

A PrS tem ao seu alcance um conjunto de estratégias de eficácia comprovada, que devem ser efectiva e plenamente utilizadas. Para obter maiores avanços na implementação dessas estratégias, todos os sectores devem actuar de modo a:

- (i) Defender a saúde alicerçada nos direitos humanos e na solidariedade;
- (ii) Investir de modo sustentado em políticas, acções e infra-estruturas dirigidas aos determinantes da saúde;
- (iii) Adquirir capacidades no desenvolvimento de políticas, de liderança, de práticas de PrS, de transferência de conhecimento e pesquisa, e de educação sanitária;
- (iv) Legislar e criar normas reguladoras que asseguram um nível elevado de protecção para a redução de danos e garantam a todas as pessoas os princípios de equidade em saúde e bem-estar;
- (v) Viabilizar alianças e parcerias com a sociedade civil, organizações públicas e privadas, não governamentais e internacionais, que possam garantir a sustentabilidade das acções.

Para que a saúde possa ser um recurso ao alcance de todos, estabeleceram quatro compromissos chave:

- (i) A PrS como componente primordial da agenda de desenvolvimento global;
- (ii) A PrS como responsabilidade central de todos os governos;
- (iii) A PrS como objectivo fundamental da comunidade e da sociedade civil;
- (iv) A PrS como requisito de boas práticas empresariais.

Esta carta salientou que deverá haver um empenho global para a concretização de todos estes compromissos, sendo para tal necessário fazer um esforço colectivo em prole da saúde e preencher as lacunas na sua implementação, tendo sido feito uma chamada para a acção e um apelo para a formação de uma aliança mundial para promover a saúde (PSP, 2007).

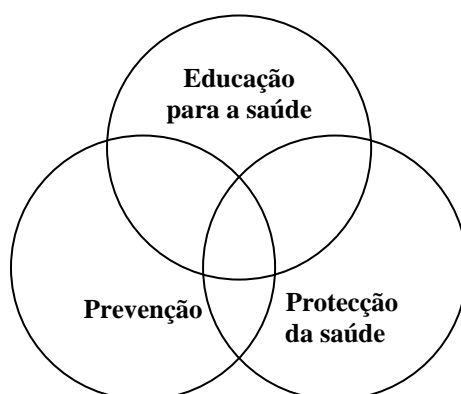
### 2.2.3. Promoção da Saúde e Educação para a Saúde: que relacionamento?

A Promoção da Saúde (PrS) surgiu de um movimento radical que se acentuou nos anos 1980 e que desafia a medicalização da saúde e destaca os seus aspectos económicos e sociais (Davies & Macdowall, 2006).

Na opinião de Ewles e Simnett (1999), a PrS visa elevar o estado de saúde de indivíduos e das comunidades. Muitas vezes o termo promoção, mesmo quando usado no contexto da PrS, é associado a vendas e publicidade e tido como um meio de propaganda, o que não passa de um mal entendido. Um aspecto fundamental da PrS é que visa capacitar (“*to empower*”) as pessoas por forma a terem mais controlo sobre os aspectos da vida que afectam a sua saúde. Estes dois elementos (melhorar a saúde e ter maior controlo sobre ela) são fundamentais para os objectivos e processos da PrS: “*Promoção da Saúde é o processo que permite às pessoas aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la*” (WHO, 1986: 2). Esta definição que tem sido largamente adoptada, define PrS como um processo, mas também implica um objectivo, com uma clara base filosófica e auto-capacitação.

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

Outra definição de PrS é recomendada por Downie, Tannahill e Tannahill (2000: 2), os quais referem que a “*Promoção da Saúde compreende esforços para aumentar a saúde e reduzir o risco de doença, através das esferas de acção sobrepostas da educação, prevenção e protecção da saúde*” (Fig. 2.3). Dizem, ainda, que a PrS está relacionada com a Saúde Pública. Ou seja, estes autores vêem a PrS como um conjunto de diferentes combinações de EpS, prevenção e protecção da saúde, considerando a EpS dentro do âmbito da PrS, que constitui um processo mais amplo.





**Fig. 2.3** - Modelo de Promoção da Saúde (Adaptado de Downie, Tannahill e Tannahill, 2000, p. 59).

O conceito de EpS de Green, Kreuter, Deeds e Partridge (1980) consiste numa combinação de experiências de aprendizagem planeadas, no sentido de facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis. No dizer de Rochon (1996), podemos encontrar alguns aspectos importantes implícitos nesta definição. Subjacente ao termo “combinação” encontra-se a necessidade da utilização de diferentes métodos educativos, que favoreçam a aprendizagem e a importância da sua complementaridade; a referência a aprendizagens planeadas acentua o processo de reflexão sistemática, prévio à elaboração do projecto de EpS; o verbo “facilitar” designa o papel do educador como facilitador da mudança de comportamentos; ao falar em mudanças voluntárias de comportamento refere-se à participação voluntária do indivíduo no que concerne à mudança no comportamento desejado; a adopção de “comportamentos saudáveis” como a finalidade a atingir.

Esta definição está muito centralizada na mudança de comportamento individual, não tem em conta os determinantes económicos e sociais da saúde, nem inclui aspectos importantes como os valores individuais, a auto-estima das pessoas e a auto-capacitação (empowerment) que julgamos serem essenciais no processo de EpS.

Mais tarde Tones e Tilford (1994: 11) definem EpS como:

*“Toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.*

Esta definição é mais abrangente do que a anterior, incorporando implícita e explicitamente muitos dos factores que influenciam as tomadas de decisão. Para além da transmissão de conhecimento será necessário um conjunto de apoios para uma mudança

de atitudes, trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais (Carvalho, 2002).

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

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

No dizer destes autores, as pessoas têm visões inabaláveis e variadas acerca da natureza da EpS. As interpretações são influenciadas pela formação profissional e experiência e, entre outros factores, pela percepção dos significados das palavras “Educação” e “Saúde”. Muitas vezes a EpS é percebida como sendo essencialmente uma simples tarefa de informação às pessoas sobre o que devem fazer para serem saudáveis. Analisando esta definição, sobressai a referência aos detentores do poder na sociedade e verifica-se que a sua principal preocupação é influenciar as crenças, atitudes e comportamento, não do indivíduo, mas de quem detém o poder e da comunidade, que exerce pressão sobre ele para a conformidade.

A partir do meio da década de 80, tem havido muito debate sobre os termos PrS e EpS. O debate esteve em foco, porque a gama de actividades empreendidas para melhorar a saúde se ampliou, ultrapassando a EpS tradicional, centrada na transmissão de informação e na mudança de atitudes e comportamentos individuais.

Relativamente à diferenciação entre os termos PrS e EpS, constatamos que é um assunto não consensual, dependendo da perspectiva de cada um e do contexto em que a PrS e a EpS são desenvolvidas.

Neste âmbito, Tones e Tilford (1994) distinguem os dois termos, mas referem que a emergência do movimento de PrS, trouxe alguma neblina ao cenário da conceptualização destes conceitos. Alguns autores deste movimento consideram a PrS sinónimo de EpS, outros dizem que é um processo relacionado, mas substancialmente diferente, tendo diferentes objectivos e valores.

Para Liimatainen et al. (2001), PrS é um conceito contestado e tem sido usado e definido numa variedade de formas e a partir de diferentes pontos de vista. Na sua opinião a PrS combina a dupla abordagem da mudança estrutural e da educação individual, tendo subjacente um quadro de valores.

Na opinião de Alvear (2003), a EpS actual, está imbricada na PrS, como um instrumento que põe em marcha processos de ensino-aprendizagem, coordenados com processos sociais dirigidos a criar ambientes favoráveis à saúde, nos quais as mudanças de comportamento resultam opções fáceis e realizáveis. É, pois, uma visão mais avançada da EpS e que se pretende mais eficaz.

Por sua vez, Ewles e Simnett (1999), subscrevem a visão que compara a PrS a um chapéu, que envolve uma série de actividades, entre as quais figura a EpS, referindo que no século presente emergirá um consenso acerca do significado da EpS, sendo necessário continuar a questionar, investigar e clarificar.

Como se pode constatar pelas definições atrás apresentadas, Downie, Tannahill e Tannahill (2000), também diferenciam claramente PrS da EpS, considerando a PrS mais abrangente do que a EpS, uma vez que esta actividade incorpora a PrS. No entanto, afirmam que dada a popularidade da PrS é lamentável que seja usada de diferentes modos, mesmo pelas mesmas pessoas. Na sua opinião há necessidade de preservar a distinção entre os dois termos, de modo que os elementos não educacionais da PrS sejam correctamente atingidos, enquanto sólidos princípios educacionais os suportem dentro de um contexto abrangente.

#### 2.2.4. Diferentes abordagens de Promoção da Saúde/Educação para a Saúde: diferentes objectivos

No dizer de Ewles e Simnett (1999), não existe uma só abordagem de PrS correcta, um conjunto de actividades ou um só alvo adequados. Necessitamos de planear por nós mesmos, que actividades usar de acordo com o nosso código profissional de conduta, com os nossos valores e tendo em conta a avaliação das necessidades dos utentes. Diferentes modelos de PrS e EpS são ferramentas úteis de análise, os quais podem ajudar a clarificar os respectivos objectivos e valores. As autoras identificaram e descreveram cinco abordagens de PrS, que passamos a apresentar de seguida.

- (i) **Abordagem médica** – O alvo é libertar a pessoa da doença ou deficiência medicamente definida. Promove a intervenção médica para prevenir a doença e melhorar a saúde. Assenta no conformismo dos utentes/doentes com os procedimentos médicos;

- (ii) **Mudança comportamental** – O alvo é o comportamento individual dirigido à erradicação da doença. Trabalha as atitudes para obter uma mudança de comportamento, encorajando a adopção de estilos de vida saudáveis, que são definidos pelo educador/promotor;
- (iii) **Abordagem educacional** – O alvo são os indivíduos com o seu conhecimento e compreensão, permitindo que possam ser tomadas decisões bem informadas. Assenta na informação acerca das causas e efeitos dos factores que prejudicam a saúde, na exploração dos valores e atitudes e no desenvolvimento das capacidades necessárias a uma vida saudável. Os valores inerentes a esta abordagem são o direito individual de livre escolha e a responsabilidade dos promotores da saúde em identificar os objectivos educacionais;
- (iv) **Abordagem centrada no cliente** – O alvo é trabalhar com os clientes na sua própria linguagem. Trabalha com questões de saúde, escolhas e actividades com as quais os clientes se identificam. Procura capacitar o cliente (“empowerment”). Este é visto como um parceiro do processo em plano de igualdade, com o direito de estabelecer a agenda das actividades. Baseia-se na auto-capacitação das pessoas;
- (v) **Mudança ambiental** – O alvo é o ambiente físico e social os quais permitem a escolha de um estilo de vida mais saudável. Assenta na acção política e social para mudar o ambiente físico e social a fim de facilitar as escolhas saudáveis e as mudanças individuais aos clientes. Os seus valores são o direito e a necessidade de tornar o ambiente mais saudável.

Por sua vez, Downie, Tannahill e Tannahill (2000), construíram uma classificação das abordagens de EpS em três categorias de acordo com o seu foco de atenção: Abordagem tradicional, abordagem de transição e abordagem moderna.

- (i) **Abordagem tradicional** – Tem um foco negativo, sendo mais dirigida à prevenção da doença do que à promoção da saúde. A principal ênfase situa-se nos aspectos físicos da doença, o que se reflecte na informação usada. A base educacional é limitada. A informação é transmitida pelos educadores na expectativa de que uma sequência ordenada do conhecimento para as atitudes possa corrigir o comportamento. Os determinantes de saúde sociais e políticos são negligenciados. As pessoas são consideradas livres para escolher o seu

comportamento relacionado com a saúde. A dimensão colectiva de saúde não é tida em conta, sendo os esforços dirigidos a alvos individuais.

- (ii) **Abordagem de transição** – O reconhecimento de que a ideia de uma sequência correcta, conhecimento – atitudes – comportamento era enganosa, conduziu à manipulação de tácticas “irracionais”, em que se utilizam imagens sinistras com a intenção de chocar ou amedrontar as pessoas para se portarem convenientemente. Tais imagens como as caveiras a fumar cigarros são apresentadas ao público com um efeito muito limitado.
- (iii) **Abordagem moderna** – Esta abordagem tem em conta a complexidade da saúde e dos factores que a influenciam. É explicitamente dirigida não só para a prevenção da doença, mas também para a promoção da saúde. As dimensões da saúde positiva e negativa são vistas nas suas facetas física, mental e social. A estrutura educacional é mais ampla do que nas abordagens anteriores, na aceitação da evidência do que a mera transmissão de informação não é suficiente e de que não é certo que exista uma progressão do conhecimento para as atitudes e destas para o comportamento. O processo educacional é participatório nos dois sentidos, e inclui ajudar as pessoas a clarificar os seus valores e a adquirir várias aptidões, com ênfase no fomentar da auto-estima. O educador assegura que os outros sujeitos do processo são capazes de expressar o seu conhecimento e opiniões, e respeita-os e valoriza-os.

As abordagens também estão associadas aos paradigmas e modelos utilizados no planeamento e desenvolvimento de intervenções de EpS. Por esse motivo decidimos descrever e analisar os paradigmas apresentados por Moreno, Garcia e Campos (2003a). Segundo estes autores existem fundamentalmente três paradigmas, que definem três gerações de EpS: o paradigma tecnológico, o paradigma hermenêutico e o paradigma crítico.

- (i) **Paradigma tecnológico** – Abre espaço a uma EpS tecnológica, positivista. Depois da II Guerra Mundial este paradigma adquiriu grande importância, tendo a Educação Sanitária sido constituída por realidades naturais, verificáveis e reproduzíveis a partir daí. Consideram-se apropriadas as teorias de transmissão sistematizada do conhecimento, que aplicadas correctamente e passo a passo,

produzam sobre as comunidades e sujeitos, um efeito determinado já previsto, o que reforça a autoridade da teoria e da EpS. Estas posições evoluem, num primeiro momento, para uma primeira geração positivista de EpS e, num segundo momento, para uma segunda geração neopositivista, que incorpora o subjectivo, o social e o cultural. A primeira geração de EpS é de natureza informativa e prescritiva. Nestes modelos podem identificar-se uma linha autoritária, que obrigava o utente a seguir as normas definidas pelo educador e outra linha democrática, que reclamava uma informação neutra. No fundo, trata-se de uma transmissão de conhecimentos com intenção prescritiva, com uma concepção “bancária” da educação. Ainda que estes modelos estejam desacreditados, na prática continuam a fazer-se sentir. A segunda geração de EpS designada comportamental, desenvolveu-se na década de 60 com os subsídios da antropologia cultural, recuperando a subjectividade individual. O seu objectivo é conseguir comportamentos saudáveis e a informação é só uma parte do processo, mas insuficiente para uma acção duradoura. Começa-se a discutir os factores sociais e culturais, a análise das motivações e resistências dos instrumentos educativos e persuasivos para a mudança, mas definitivamente esta geração, centra-se no comportamento das pessoas, ainda que dê certo destaque à dinâmica de grupos.

- (ii) **Paradigma hermenêutico** – A insuficiência da abordagem anterior dá lugar a uma teoria hermenêutica, entre o paradigma tecnológico e o crítico, em que desempenha um papel fundamental a percepção de cada protagonista. Predominam as abordagens holísticas, com preferência pelas teorias interaccionistas em educação. Supõe uma ruptura com a focagem tecnológica anterior, passando o *processo* a ser mais valorizado do que os *objectivos*. Neste caso, o objecto de conhecimento é subjectivo, visando a auto-realização do homem e a sua autonomia, pessoal, dando-lhe um papel individual de construtor do conhecimento, num contexto colectivo.
- (iii) **Paradigma crítico** – Dá lugar a uma EpS crítica e participativa. Teve origem no questionamento do sistema social, visto na sua globalidade como causa de situações injustas. Segundo este paradigma, os acontecimentos em EpS não podem ser entendidos se não se situam no seu contexto social e histórico, não objectivo e pleno de interesses, que necessitam de raciocínio dialéctico para a sua compreensão e da participação para a sua transformação, que constitui o seu

principal objectivo. Tem preferência pelos processos de aprendizagem baseados na interacção social. Entende-se que o comportamento das pessoas ante a saúde não segue leis como a física, não sendo objectivo, transcendendo a individualidade, tendo uma profunda e contraditória raiz social. A última finalidade da EpS é a emancipação do Homem, constituindo um instrumento para que as pessoas e as colectividades estabeleçam relações e desenvolvam projectos participativos. Desta maneira a comunidade adopta o papel de protagonista, para além do papel de utente e de referência. Esta terceira geração de EpS surge pouco a pouco, perante as insuficiências das perspectivas anteriores, ligada à cultura preventiva social e democrática, propondo alternativas de mudança social, tentando reduzir as desigualdades e potenciando a participação comunitária. Concebe a educação como algo mais do que processos informativos ou persuasivos, promovendo a responsabilidade e a participação nos diversos contextos onde se realiza.

Ao analisarmos todas estas abordagens de PrS/EpS (Ewles & Simnett, 1999; Downie, Tannahill & Tannahill, 2000), paradigmas e gerações de EpS (Moreno, Garcia & Campos, 2003a), verificamos que existe correspondência entre algumas delas. Assim a abordagem médica e comportamental de Ewles e Simnett (1999), têm características muito semelhantes às da abordagem tradicional apresentada por Downie, Tannahill e Tannahill (2000), podendo ambas também serem enquadradas no paradigma tecnológico de Moreno, Garcia e Campos (2003a), enquadrando-se a abordagem médica na primeira geração de EpS de natureza informativa e a abordagem comportamental na segunda geração de EpS, designada comportamental. Por sua vez, a mudança ambiental enquadra-se perfeitamente na abordagem moderna de Downie, Tannahill e Tannahill (2000), e na terceira geração de EpS, do paradigma crítico de Moreno, Garcia e Campos (2003a). A abordagem/paradigma que cada um de nós adopta, consciente ou inconscientemente, molda a forma como desenvolvemos as práticas de EpS. Salientamos, também, que os últimos passos evolutivos da EpS estão muito associados à diminuição das desigualdades entre as pessoas, regiões e países, aos processos participativos, à autonomia, à paridade nas relações entre os intervenientes e ao desenvolvimento de aptidões pessoais e comunitárias.

### 2.2.5. Actividades no âmbito da Promoção da Saúde/Educação para a Saúde

No que diz respeito a este assunto Ewles e Simnett (1999) propõem um esquema onde constam as áreas de actividade que atribuem à PrS, das quais fazem parte os programas de EpS, a prestação de cuidados de saúde de prevenção primária, secundária e terciária, o trabalho baseado na comunidade, o desenvolvimento organizacional, as políticas públicas saudáveis, as medidas de saúde ambiental e as actividades económicas e reguladoras.

De acordo com Downie, Tannahill e Tannahill (2000), a PrS compreende a EpS, a prevenção e a protecção da saúde, envolvendo sete domínios de actividades, alguns dos quais pertencem a mais do que um dos três campos mencionados. Estes domínios foram assim apresentados para demonstrar a vasta gama de possibilidades da PrS, não devendo serem vistos separadamente como se formassem compartimentos estanques.

Segundo Alvear (2003), as actividades de EpS são variadas e complexas e requerem uma aproximação intersectorial e multidisciplinar que está muito além dos estreitos limites do sistema de saúde e dos seus profissionais. Divide estas actividades em quatro grandes grupos (Alvear, 2003): actividades relacionadas com a protecção da saúde, actividades destinadas a reforçar comportamentos voluntários, actividades relacionadas com a melhoria do sistema de cuidados de saúde e actividades relacionadas com a compreensão dos riscos para a saúde.

Por seu lado, Scriven (2005b), faz referência a quatro níveis de PrS: PrS primária, secundária, terciária e quaternária. A primária é uma actividade preventiva dirigida à população em geral com o objectivo de evitar a doença e a deficiência. As abordagens são diversas podendo ir da EpS às medidas legislativas, fiscais e políticas. A PrS secundária é dirigida a indivíduos ou a grupos populacionais nos quais os danos à saúde já tenham ocorrido. Pode envolver abordagens comportamentais e de capacitação, tais como os programas de perda de peso de dietética com doentes obesos ou reabilitação de um doente que sofreu um ataque cardíaco. O propósito é mudar os hábitos nocivos e aumentar o nível de saúde reforçando o comportamento que previne que a doença evolua para o estado crónico ou irreversível e, quando possível, restaurar a saúde para o estado anterior à doença. A PrS terciária visa capacitar indivíduos ou grupos que têm doenças crónicas ou deficiência, a maximizar o seu potencial para um viver saudável. Isto pode envolver o trabalho dos podologistas com os doentes diabéticos para prevenir amputações ou dos enfermeiros a capacitar doentes para o auto-cuidado. A PrS



quaternária concentra-se no facilitar óptimos estados de capacitação e bem-estar emocional, social e físico durante o estado terminal.

Analisando estes quatro tipos de classificações das actividades de PrS/EpS (Quadro 2.1) verificamos que existem alguns pontos muito semelhantes entre elas, como é o caso das actividades de EpS mencionadas explícita ou implicitamente e os cuidados de saúde.

**Quadro 2.1** – Resumo dos principais tipos de actividades de PrS/EpS das classificações apresentadas

Autores/Ano	Tipos de actividades de PrS/EpS propostos
Ewles e Simnett (1999)	1) Programas de EpS; 2) Prestação de cuidados de saúde de prevenção primária, secundária e terciária; 3) Trabalho baseado na comunidade; 4) Desenvolvimento organizacional; 5) Políticas públicas saudáveis; 6) Medidas de saúde ambiental; 7) Actividades económicas e reguladoras.
Downie, Tannahill e Tannahill (2000)	1) EpS; 2) Prevenção da doença; 3) Protecção da saúde.
Alvear (2003)	1) Actividades de protecção da saúde; 2) Actividades destinadas a reforçar comportamentos voluntários;

	<p>3) Actividades relacionadas com a melhoria do Sistema de Cuidados de saúde;</p> <p>4) Actividades relacionadas com a compreensão dos riscos para a saúde.</p>
Scriven (2005b)	<p>1) PrS Primária;</p> <p>2) PrS Secundária;</p> <p>3) PrS Terciária;</p> <p>4) PrS Quaternária.</p>

Vamos no próximo sub-capítulo reflectir acerca dos valores que fazem parte da matriz do movimento da PrS.

#### 2.2.6. Valores em Promoção da Saúde

O movimento de PrS encontra-se alicerçado numa série de princípios e valores. As declarações que resultaram de cada uma das conferências sobre PrS, patrocinadas pela OMS, são disso uma prova, sendo muito permeadas pelos diversos valores. Na opinião de Morrondo (2000), os valores essenciais a uma PrS eficaz são os da equidade, da participação e do “*empowerment*”. De seguida iremos apresentar os valores mais frequentemente associados à PrS, procurando apresentar as razões pelas quais os autores os consideram neste campo.

- **Social/Individual**

Nas Recomendações de Adelaide (WHO, 1988 consultada em DGS, 2007d) é feito um compromisso com a Saúde Pública global, sendo referido que só será possível concretizá-lo, se se encontrarem meios eficazes de cooperação internacional para resolução dos grandes problemas que ultrapassam as fronteiras nacionais. Para se atingir uma saúde global é necessário, pois, reconhecer e aceitar a interdependência dentro e entre os países. Por sua vez, a Declaração de Sundswall (1991), salienta que as pessoas são parte integrante do ecossistema mundial, estando a sua saúde interligada com o ambiente global. Por essa razão apela à Comunidade Internacional para que estabeleça novos mecanismos de responsabilização global pela prestação de contas em matéria de saúde e de ecologia. Também a Declaração de Jacarta (1997), acrescenta que as abordagens globais de desenvolvimento da saúde são as mais efectivas e que os

ambientes específicos oferecem possibilidades concretas para a implementação das estratégias globais.

A Declaração de Sundswall (WHO, 1991 consultada em DGS, 2007a), destacou quatro dimensões da Acção para a criação de ambientes favoráveis à saúde, entre os quais figura a dimensão social. Ainda no que diz respeito a este valor, Ewles e Simnett (1999), referem que tem havido muito debate sobre as diferentes abordagens de PrS/EpS, grande parte centrado nos objectivos. Uma questão chave, neste âmbito, é se os processos de PrS/EpS devem visar a mudança do meio sócio-económico e físico ou a mudança do comportamento individual e estilos de vida. As autoras estão claramente do lado da mudança do meio sócio-económico.

Na perspectiva de Ewles e Simnett (1999), não se pode assumir que os indivíduos tenham uma genuína liberdade para escolher estilos de vida saudáveis. A liberdade de opção é muitas vezes muito limitada pelos factores sócio-económicos, que «aprisionam» as pessoas num determinado estilo de vida.

A declaração de Alma-Ata (WHO, 1978 consultada em WHO, 2003a), expressa que os governos têm a responsabilidade pela saúde do seu povo, devendo satisfazer essa necessidade através de cuidados de saúde e de medidas sociais. Mais tarde, a declaração de Jacarta (WHO, 1997 consultada em DGS, 2007b), indicou como uma das prioridades para a PrS no século XXI “*Promover a responsabilidade social no que respeita à saúde*”, e que dirige aos decisores políticos (Davies e Macdowall, 2006). Também quer a Declaração do México (WHO, 2000) quer a Carta de Bangkok (WHO, 2005 consultada em PSP, 2007), reconhecem que a PrS é um dever e uma responsabilidade central dos governos.

As metas da OMS para o século XXI (WHO, 1999), logo na meta 1, apelam à solidariedade internacional para redução das desigualdades em saúde. A carta de Bangkok (2005), menciona como uma das acções necessárias para obter maiores avanços na implementação de estratégias de PrS num mundo globalizado, defender a saúde alicerçada nos direitos humanos e na solidariedade, por parte de todos os sectores.

- **Salutogénico/Patogénico**

Neste âmbito da perspectiva Salutogénica e Patogénica, a carta de Ottawa (WHO, 1986 consultada em DGS, 2007e), depois de definir PrS, afirma que a saúde tem que ser entendida como um recurso para o dia-a-dia e não como uma finalidade de vida. De

seguida refere que uma boa saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante na qualidade de vida.

No dizer de Carvalho (2006), o modelo médico de saúde tem um cariz “*patogénico*”, uma vez que a ênfase é dada ao agente etiológico da doença, ao tratamento e à prevenção da mesma, enquanto que em sentido oposto, está a abordagem “*salutogénica*” de Antonovsky (1993), em que a ênfase é dada às causas que permitem que as pessoas se mantenham saudáveis, considerando que os agentes de stresse e de perturbação podem ser evitáveis ou contornáveis, pelo que a relação dinâmica entre o indivíduo e o seu ambiente torna-se extraordinariamente relevante.

- **Holístico/Reduccionístico**

Perspectivando o futuro, a carta de Ottawa (WHO, 1986 consultada em DGS, 2007e), expressa que a prestação de cuidados, o holismo e a ecologia são temas essenciais na elaboração de estratégias para a PrS. Por sua vez, Ewles e Simnett (1999), subscrevem a opinião de que uma visão holística de saúde é o maior valor em si para quem trabalha na sua promoção.

A multisectorialidade é um valor que é veiculado por todos os documentos da OMS saídos das conferências Internacionais sobre PrS. Começando na Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978 consultada em WHO, 2003a), onde é dito que o atingir o mais alto nível possível de saúde é o objectivo social mais importante, cuja realização requer a acção de muitos outros sectores sociais e económicos para além do sector da saúde e continua a ser reforçado nos documentos seguintes. A carta de Ottawa (WHO, 1986), refere que a PrS exige uma acção coordenada de todos os intervenientes, a Declaração de Jacarta (WHO, 1997 consultada em DGS, 2007b), afirma que o desafio dos anos seguintes consistiria em mobilizar o potencial de PrS que existe nos vários sectores da sociedade, nas comunidades locais e nas famílias, as metas da OMS para o século XXI (WHO, 1999), traçam na meta 14 o objectivo de que todos os sectores reconheçam e aceitem a sua responsabilidade pela saúde, aspecto que continua a figurar na Declaração do México WHO (2000), enquanto que a carta de Bangkok (2005), salienta que para obter maiores avanços na implementação das estratégias de PrS num mundo globalizado é necessária a actuação de todos os sectores.

- **Equidade/Desigualdade**

A equidade é outro dos valores que permeia todos os documentos resultantes das diversas conferências da OMS, aparecendo logo no ponto dois da Declaração de Alma-Ata (WHO, 2003a), no qual se afirma que a flagrante desigualdade existente entre o nível de saúde das pessoas, especificamente, dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos próprios países é política, social e economicamente inaceitável. No dizer de Davies e Macdowall (2006), a Saúde para Todos (OMS, 1985) tem sido importante na promoção da equidade e da justiça social. A carta do Ottawa (WHO 1986 consultada em DGS, 2007e), afirma explicitamente que a PrS pretende atingir a equidade na saúde. Por sua vez as recomendações de Adelaide (WHO, 1988) expressam que as políticas públicas saudáveis são caracterizadas por uma preocupação explícita com a saúde e a equidade em todas as áreas, tendo indicado também algumas medidas para reduzir as desigualdades. A Declaração de Sundswall (WHO, 1991) estabeleceu dois princípios básicos para implementar as estratégias da saúde para todos, um dos quais é a equidade, sendo referido que deve ser uma prioridade fundamental na criação de ambientes favoráveis à saúde. A Declaração de Jacarta (WHO, 1997) remarca mais uma vez que, a PrS é uma forma concreta de obter mais equidade em matéria de saúde e quando se investe neste processo está-se a contribuir para a redução das desigualdades em saúde. Também as Metas para o século 21 (WHO, 1999) reservam a meta 2 para o objectivo de reduzir em 1/4 a desigualdade na saúde entre os grupos sócio-económicos em todos os Estados Membros. Na Declaração do México (2000), é reconhecido que a consecução de um elevado nível de saúde é um elemento positivo e necessário para a equidade, tendo concluído que a PrS deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos na procura da mesma, enquanto que na carta de Bangkok (2005) é afirmado que as políticas e as alianças capazes de capacitar as comunidades para melhorar a saúde e a equidade em saúde, devem ser o cerne do desenvolvimento global e nacional.

Ainda neste âmbito Morrondo (2000), refere que é um facto notório que existem desigualdades em matéria de saúde entre os países e entre as classes sociais e áreas geográficas de um mesmo país. Ainda citando o documento da OMS (1991) designado “Conceitos e princípios de equidade e saúde” descreve que, a equidade deveria basear-se em:

- (i) Melhorar as condições de vida e de trabalho;

- (ii) Capacitar as pessoas para que adoptem estilos de vida que favoreçam a saúde, tornando mais fáceis as opções mais saudáveis;
- iii) Descentralizar o poder e a tomada de decisões facilitando a participação;
- iv) Estabelecer um sistema para valorizar o impacto das actividades de cada sector na saúde a nível nacional e internacional;
- v) Tornar acessível a todos uma assistência de boa qualidade e;
- vi) Basear-se na investigação, na vigilância e avaliação adequadas.

Termina dizendo que outro aspecto da equidade que convém salientar é a sua relação com a justiça social, já que a iniquidade é uma desigualdade injusta e geralmente intolerável.

Na opinião de Downie, Tannahill e Tannahill (2000), a promoção da equidade em saúde é um princípio central na estratégia de Saúde para Todos, acrescentando que a PrS deve procurar reduzir as desigualdades em saúde encorajando a igualdade de oportunidades para apreciação da boa saúde.

Também Davies e Macdowall (2006), se referem a este assunto, afirmando que as desigualdades em saúde existem em todos os países e desde 1950 têm vindo a aumentar em alguns países, apesar das melhorias na assistência social, o que sugere que enquanto as políticas de saúde e as intervenções conduziram a um melhor nível de saúde, este efeito não atingiu todos os segmentos da sociedade. Afirmam ainda que colocar as desigualdades na agenda dos governantes é um passo na direcção certa para prover oportunidades iguais para todos na sociedade para que mantenham uma boa saúde, acrescentando que as estratégias governamentais só serão efectivas no ataque às desigualdades em saúde se forem capazes de tornar explícita a distinção entre os determinantes de saúde e os determinantes das desigualdades em saúde.

- **Autonomia/Dependência**

Acerca da autonomia, Silva (1999) salienta que a EpS é uma prática que, quando adequada, permite a interacção dos saberes, representações e expectativas, autonomizando indivíduos, grupos e sociedades nas escolhas que é necessário fazer.

No dizer de Carcel (2000), a educação, sendo um processo de formação e desenvolvimento pessoal, deve motivar a pessoa a adoptar atitudes e comportamentos que a levem a obter o máximo de autonomia crítica e responsável para se realizar plenamente na sua cidadania.

Por sua vez, Downie, Tannahill e Tannahill (2000), consideram que a PrS é um movimento que contribui para o desenvolvimento da autonomia, relacionando este valor com a capacitação (empowerment), expressando que capacitar pessoas é permitir-lhes desenvolver a sua autonomia.

A carta de Ottawa (1986), estabelece algumas condições básicas para a saúde entre as quais figura a capacitação (“*empowerment*”), referindo que as acções de promoção da saúde procuram capacitar as populações para a completa realização do seu potencial de saúde, pelo que no afirmado na Declaração de Adelaide (1988), as instituições ligadas ao ensino na área da saúde, devem responder às necessidades emergentes da nova Saúde Pública, reorientando os curricula existentes de modo a incluírem competências de capacitação (“*empowerment*”); na Declaração de Sundswall (1991), uma das quatro acções estratégicas de Saúde Pública fundamentais para a criação de ambientes favoráveis à saúde a nível comunitário é habilitar as comunidades e os indivíduos para controlarem a sua saúde e o ambiente, através da educação e capacitação, enquanto que na Declaração de Jacarta (1997), de entre as condições essenciais para a saúde, faz parte a capacitação das mulheres e coloca como prioridade para a PrS no século XXI, aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo.

Morrondo (2000), atribui um lugar de destaque à capacitação (“*empowerment*”), dizendo que a saúde é afectada pelo grau em que a pessoa sente que pode controlar os factores que determinam a sua vida, pelo poder ou impotência que sente, pelo que o movimento de PrS considera a capacitação como uma estratégia primária daquela. Define capacitação como “*O processo pelo qual indivíduos e comunidades se capacitam para tomar o poder e actuar eficazmente na transformação das suas vidas e do seu ambiente*” (Morrondo, 2000:152). Este autor acrescenta que para fazer PrS, o profissional não tem que dar o poder a indivíduos e às comunidades, mas proporcionar-lhes as condições que tornem possível que o poder seja adquirido por aqueles, ajudando-os a reconhecer e a expressar os seus problemas de saúde, a propor soluções para os mesmos e a implementá-las. Na sua opinião existem dois tipos de capacitação: a individual e a comunitária, sendo ambos interdependentes.

Segundo Downie, Tannahill e Tannahill (2000) o princípio cardinal da PrS é a capacitação (“*empowerment*”), uma vez que a EpS procura capacitar, provendo a necessária informação e ajudando as pessoas a desenvolver aptidões e um nível saudável de auto-estima.

Por outro lado, Mittelmark (2005), refere que a educação em PrS estimula e permite o diálogo, o respeito e entusiasmo a colaboração, apesar da prática específica da disciplina, o que assegura uma alta consideração pelos princípios da capacitação (“*empowerment*”) e participação. Segundo esta autora a capacitação é um processo que provê os meios para os indivíduos ou os grupos desenvolverem a sua capacidade de escolha e se tornarem mais envolvidos em, capazes de terem controlo e de tomarem decisões acerca da saúde e bem-estar pessoal ou comunitário.

No que diz respeito à literacia, as Recomendações de Adelaide (1988), referem que devem ser desenvolvidos esforços especiais no sentido de divulgar uma informação adequada aos grupos mais atingidos pelas medidas das políticas de saúde, tendo em consideração a sua educação e literacia. Por sua vez, Carvalho (2002), desenvolve aprofundadamente a temática da literacia para a saúde, afirmando que representa as competências cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos conseguirem o acesso, a compreensão e o uso da informação para que promovam e mantenham uma boa saúde, sendo também um valioso contributo para a redução das desigualdades em saúde.

A participação comunitária é, sem dúvida, o valor mais visível em todos os documentos resultantes das conferências patrocinadas pela OMS. A Declaração de Alma-Ata dedicou o artigo IV a este valor, no qual é afirmado que as pessoas têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde. De seguida, na Carta de Ottawa (WHO, 1986), uma das cinco estratégias, para intervir em PrS é o reforçar a acção comunitária, no qual se fala no desenvolvimento comunitário e dos sistemas de reforço da participação pública. Mais tarde, a Declaração de Sundswall (WHO, 1991), realça como vertente dos ambientes favoráveis a dimensão política, que requer dos governos a garantia de participação democrática na tomada de decisões, sendo a participação comunitária vista como um factor essencial numa estratégia de PrS. Por sua vez, a Declaração de Jacarta (WHO, 1997), menciona que a participação é indispensável para sustentar esforços de PrS e para que estes sejam eficazes é necessário que as pessoas estejam no centro da intervenção e dos processos de decisão, sendo que, os processos de aprendizagem no âmbito da PrS/EpS favorecem a participação. As metas da saúde XXI, entre as quais a meta 14, referem que a sua concretização poderá ser atingida se houver participação das pessoas, enquanto que a Declaração do México (WHO, 2000), expressa que os Ministros da Saúde dos Estados Membros da Organização, comprometeram-se a



assumir um papel de liderança para assegurar a participação activa de todos os sectores e da sociedade civil.

Na opinião de Morrondo (2000), o compromisso da comunidade com a saúde e a sua participação no relacionado com ela são elementos fundamentais da PrS, existindo diferentes formas de participação, mas só se poderá aplicar esta designação, quando a comunidade trabalha com os profissionais de saúde, em igualdade de condições para identificar os seus problemas de saúde e encontrar soluções para os resolver.

Por sua vez Downie, Tannahill e Tannahill (2000), consideram que a participação comunitária em matérias que afectam a saúde é um elemento essencial da PrS.

Neste âmbito Moreno, Garcia e Campos (2003b), refere que a EpS é o instrumento que faz funcionar a participação, que por sua vez desenvolve a EpS, sendo, portanto, um ciclo vicioso. Depois acrescenta que é necessário admitir a existência de graus de participação, em forma de escada participativa, em que no nível mais baixo estaria a participação individual, informativa e passiva e no mais alto a tomada de decisões compartilhada.

Por último Davies e Macdowall (2006), afirmam que o facto da OMS ter dirigido o seu foco de atenção para os Cuidados de Saúde Primários, prevenção, reconhecimento do papel de todos os sectores na saúde e participação comunitária, se tem revelado importante no desenvolvimento do seu trabalho.

- **Democrático / Autocrático**

Tones e Tilford (1994), descrevendo o seu pensamento acerca da ideologia da PrS, afirmam que o modo de actuação da PrS deveria estar mais centrado na cooperação do que na concordância.

Na opinião de Ewles e Simnett (1999) existe uma questão chave respeitante ao controlo e poder no âmbito do trabalho de promoção da saúde: quem decide o que deve ser feito? Devem ser as pessoas a identificar fenómenos que consideram relevantes, num processo de decisão de baixo para cima (“*Bottom-up*”) ou devem ser os promotores da saúde a tomar as decisões, impondo as suas ideias acerca do que poderá ser feito, num processo de decisão de cima para baixo (“*Top-down*”) ? Na prática a escolha não é simples.

No que concerne a estes valores, Scriven (2005b) refere que existem muitas abordagens utilizadas na PrS que abrangem um espectro de formas de actuação que vão desde o modo autoritário (“*Top-down*”) ao participatório (“*Bottom-up*”), de um foco no indivíduo até toda uma população.

Por outro lado, segundo Ewles e Simnett (1999), o objectivo do promotor da saúde pode ser permitir ao cliente fazer uma escolha informada assegurando que o cliente compreende os factos e os riscos, esforçando-se para o encorajar e apoiar, respeitando a sua escolha.

No entanto, tal como expressa Scriven (2005b), nem sempre os objectivos e os modos de actuação do promotor da saúde são aqueles acima descritos. No dizer de Tones e Tilford (1994), uma das características do modelo médico de EpS é a sua tendência para um autoritarismo paternalista. Nesta linha de pensamento Navarro (2000) salienta que nos modelos tradicionais de EpS o objectivo consiste em aumentar os conhecimentos sobre as doenças e respectivos factores de risco, sendo a informação transmitida predominantemente por profissionais de saúde, sempre de forma autoritária ou paternalista, decidindo também o sentido da mudança dos comportamentos das pessoas acrescentando ainda (Navarro, 1995) que, o argumento de que as populações não têm conhecimentos nem experiências, não pode servir de capa à posição paternalista que frequentemente assumem os profissionais de saúde.

Amorim (1999), abordando os pressupostos e bases teóricas da EpS afirma que a principal finalidade da EpS é melhorar a saúde das populações e um dos seus objectivos é tentar remover obstáculos pessoais e ambientais que possam inibir uma opção genuinamente livre, facilitando as tomadas de decisão baseadas na informação, mais do que alcançar mudanças relacionadas com a saúde através da propaganda e de outras formas de coerção.

Moreno, Garcia e Campos (2003b), ao apreciarem as considerações da OMS sobre a formação de profissionais de saúde e a sua relação com a participação comunitária, referem que os estudantes devem ser educados no conhecimento destes valores melhorando a sua comunicação com a comunidade para serem capazes de promover a saúde de toda a população e adquirindo, assim, os conhecimentos, atitudes e aptidões, que lhes permitam tratar os problemas actuais de saúde.

### **2.3. Educação em Enfermagem**

Actualmente, mais do que nunca, a educação em Enfermagem traduz-se num grande desafio para todos os intervenientes no processo de formação: enfermeiros docentes, enfermeiros dos serviços de saúde que constituem contextos de experiência prática e estudantes de Enfermagem. As rápidas mudanças organizacionais que se têm operado, quer em termos dos Cuidados Diferenciados (maternidades, serviços de atendimento e de urgência), quer em termos dos Cuidados de Saúde Primários (com o surgir das Unidades de Saúde Familiares e o despontar do Enfermeiro de Família), o envelhecimento da população, a redefinição do objecto do cuidar, a individualização das Pós-Licenciaturas de Especialidade em Enfermagem, a integração das Escolas Superiores de Enfermagem nos Institutos Politécnicos ou Universidades e o Processo de Bolonha, com as necessárias adequações e construção de novos Planos de Estudo do Curso de Enfermagem. Estes aspectos irão condicionar no futuro as práticas de todos os actores presentes neste processo de Educação em Enfermagem.

No dizer de Santos (2000a), a Educação em Enfermagem deverá facilitar o desenvolvimento de uma ideologia profissional e dar aos estudantes a oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos e as competências requeridas para uma prática de qualidade, ao que nós acrescentamos, o desenvolvimento de atitudes e valores, que permitam a excelência no cuidar. A competência envolve a prestação de cuidados no âmbito da PrS, prevenção da doença e tratamento, uma adequada utilização das tecnologias, aliada a uma forte componente relacional de valorização da pessoa.

A Enfermagem terá que ser capaz de responder a este desafio, desenvolvendo o seu próprio corpo de conhecimentos, a sua linguagem própria e a sua autonomia, sobretudo através da investigação aplicada em parceria com os contextos da prática de cuidados. É urgente definir as funções específicas do enfermeiro. A reflexão e a prática reflexiva parecem ser a direcção correcta, tanto para a prática de cuidados como para a Educação em Enfermagem, pois oferece a possibilidade de desenvolver o corpo de conhecimentos próprio e permite uma maior articulação entre a teoria e a prática.

### **2.3.1. Resenha histórica**

O ensino formal de enfermagem nasceu em 1881, com o primeiro curso a funcionar nos hospitais da Universidade de Coimbra. A formação estava muito ligada ao contexto de trabalho (hospitais) e muito dependente da vontade dos médicos (Nunes, 2003).

Em 1947, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 36:219 de 10 de Abril, criaram-se novas escolas de Enfermagem e reorganizaram-se outras. Surgiram os cursos de Pré-Enfermagem e Enfermagem Auxiliar e foi elevada a escolaridade para admissão ao Curso Geral de Enfermagem. Instituem-se dois níveis de ensino: enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Já em 1952 foi aprovado o regulamento das escolas de Enfermagem tendo sido reestruturado o curso de enfermagem, mantendo-se os cursos de Auxiliares de enfermagem, Enfermagem Geral e Complementar. O curso de Pré-Enfermagem funcionou, apenas, mais um ano e o curso Geral passou a ter uma duração de três anos.

Os requisitos de admissão aos cursos alteraram-se ao longo do tempo assim como a duração dos mesmos. Inicialmente os planos de estudo revelavam uma direcção quase única para o doente hospitalar e a ênfase era dada à patologia. As disciplinas estavam condicionadas às técnicas de enfermagem. As escolas de Enfermagem, na dependência de diferentes Ministérios, tinham tendências diversas.

Houve nova reestruturação do ensino de Enfermagem em 1965 com a publicação do Decreto-Lei 46: 448 de 20 de Julho. O diploma anuncia a passagem do ensino de Enfermagem para a alçada dos enfermeiros, mantém o curso de Enfermagem Geral e o curso de Enfermagem Complementar, aumentando a duração do curso de Auxiliar de Enfermagem.

O curso de Auxiliares de Enfermagem é formalmente extinto em 1974, tendo ocorrido transformações relacionadas com a criação de um nível único de formação inicial para a prestação de cuidados gerais. É iniciado o trabalho para o novo plano de estudos que começou a vigorar em 1977 (Nunes, 2003).

Em Setembro de 1974 foi nomeado pelo então Secretário de Estado da Saúde, um grupo de trabalho, que elaborou o plano de estudos acima referido, com a finalidade de criar um curso único, designado “Curso de Enfermagem”. Este plano de estudos foi aprovado por despacho em 09-08-1976. Este curso tinha a duração de três anos lectivos divididos em cinco áreas de aprendizagem. Cada ano lectivo tinha a duração de onze meses, ocupando as actividades escolares cerca de 36 horas semanais. A disciplina de Enfermagem I – Enfermagem na Comunidade abordava os conceitos de Saúde e Saúde Pública, mas não era feita qualquer referência à Promoção da Saúde ou à Educação para a Saúde (PrS/EpS) (INSRJ, 1977).

A revisão curricular prevista não se realizou e em 1981 iniciou-se o estudo da integração do ensino de Enfermagem no sistema educativo nacional. Contudo, só em 1985 foram aprovados os princípios orientadores da referida integração, que veio a acontecer, apenas, em 1988. Este facto, no dizer D'Espiney (1996), denota o isolamento a que foi sujeita a formação inicial de Enfermagem.

Entretanto, em 1987 foi aprovado o novo plano de estudos do curso de Enfermagem Geral. Tinha a duração de três anos lectivos, seis semestres e cerca de 4500 horas. Na disciplina de Enfermagem II – Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, tratava-se de questões relativas à Saúde e Saúde Pública e surge já a EpS, na lógica do ciclo de vida, como um papel do enfermeiro. Não é feita nenhuma referência à conceptualização e modelos de Educação para a Saúde (INSRJ, 1987).

Decorrente do Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro que integrou o ensino de Enfermagem no ensino superior politécnico, surge um novo plano de estudos do Curso de Bacharelato em Enfermagem em 1989. A duração deste curso era de três anos, seis semestres e 3300 horas. Deixa de ser feita referência à Educação para a Saúde (ESEVR, 1989; Ministérios da Educação & da Saúde, 1990, Portaria n.º 294/90).

Em 1999 é criado o plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) em resposta a uma directiva da União Europeia. Este curso é o vigente, actualmente, tem uma duração de quatro anos, oito semestres lectivos, 4600 horas de carga horária (ESEVR, 1999a; Ministério da Educação, 1999c, Portaria n.º 799-D/99; Ministério da Educação, 2000b, Portaria n.º 720/2000).

Todos estes cursos têm uma grande componente de experiência prática, havendo indicações da tutela acerca do valor mínimo exigido. O peso desta componente no último plano de estudos referido é de 51,7% da carga horária total. Ou seja, o curso de Enfermagem tem um cariz, iminentemente, prático, o que é corroborado por D'Espiney (1996), que afirma que a formação em Enfermagem teve sempre uma forte ligação ao contexto de trabalho.

No que diz respeito à Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (ESEVR-UTAD), afirma-se que a este plano de estudos está subjacente uma filosofia de educação, que articula as componentes de ensino teórico, ensino clínico e estágio, bem como a aquisição de competências para as novas problemáticas de saúde na comunidade, resultantes das mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas

(ESEVR, 1999a). Explicitamente é dito que se pretende que o Curso de Licenciatura em Enfermagem confira (ESEVR, 1999a:s/p):

*“Formação científica, humana, técnica e cultural para planejar, prestar e avaliar cuidados de enfermagem gerais ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo de vida, à família, grupos e comunidade aos três níveis de prevenção e a necessária capacidade para desenvolver a prática da investigação em enfermagem, em particular, e da saúde em geral e ainda, participar na formação de outros profissionais de saúde e na gestão dos serviços de saúde”.*

A formação dos enfermeiros em Educação para a Saúde deve promover nestes profissionais de saúde a compreensão dos novos papéis que lhes dizem respeito, mas geralmente privilegia mais a vertente técnica da formação em detrimento das vertentes sócio-culturais e humanistas. É cada vez mais pertinente questionar como e que profissionais se devem formar, obrigando a uma coordenação entre o Sistema de Saúde e o Sistema de Educação, não podendo a EpS funcionar desarticulada da realidade (Pestana, 1996).

Queirós (2000), aborda a questão da articulação entre o ensino de modelos e teorias e a prática profissional, realçando a necessidade de os docentes de Enfermagem reflectirem sobre as formas de ensinar estes aspectos. Na sua opinião, para compreender, analisar e avaliar determinado modelo, é necessário identificar os seus suportes filosóficos, sendo esta reflexão essencial para a construção de uma prática fundamentada cientificamente.

### 2.3.2. Paradigmas da Educação em Enfermagem

Qualquer educador na área da formação profissional possui, de forma consciente ou inconsciente, uma concepção da profissão para a qual prepara os seus alunos, procurando formar profissionais com características que nela se possam enquadrar. No caso específico da profissão de Enfermagem, na opinião de Santos (2000b), existem dois paradigmas, que determinam a forma de estar face à profissão:

- (i) **o paradigma dominante** – tratar, orientado para os cuidados curativos, que tem dominado, do ponto de vista profissional, a concepção de cuidados, centrado no modelo da racionalidade no domínio da ciências naturais, paradigma do conhecimento científico, que configura os cuidados de reparação;

- (ii) **o paradigma emergente** – cuidar, orientado para o cuidar ou para os cuidados de manutenção, que contrapõe à concepção mecanicista da matéria, o conceito de ser humano, emergindo os conceitos de relatividade assente em concepções holísticas e humanísticas da pessoa inserida em contextos de vida próprios, sendo centrado no cliente (Collière, 1989).

### 2.3.2.1. Paradigma do tratar

Esta concepção privilegia a fisiologia da doença, exclusivamente na sua componente biológica em detrimento da compreensão da complexidade do ser humano. Procura classificar sinais, sintomas e relacioná-los com causas que determinam, nesta concepção, a doença.

As descobertas do fim do século XIX, no domínio da física e da química, foram aplicadas à Medicina, tendo sido aperfeiçoadas tecnologias para diagnosticar e tratar as doenças, cada vez mais complexas. Com o avanço das técnicas e a ampliação dos actos médicos, o médico passa a delegar pouco a pouco as tarefas de rotina e menos valorizadas. O enfermeiro, o elemento da equipa de saúde, que lhe está mais próximo, passa a ser o seu principal colaborador na realização de tratamentos, que prescreve mas já não efectua. Desta forma, o conteúdo profissional dos enfermeiros desenvolve-se centrado na técnica, recolhido nas fontes do saber médico e apostado em curar a doença (Collière, 1989).

Sem outra alternativa para se valorizar, é na tecnicidade que a Enfermagem procura encontrar compensação pelos seus serviços, constituindo esta o objectivo prioritário da formação. A sua prática focaliza-se no tratamento da doença e o desenvolvimento profissional orienta-se para a hipertecnicidade desenvolvendo-se no hospital, serviços que exigem uma elevada competência técnica e desvalorizando-se serviços que não requerem essa característica como os serviços de protecção materno-infantil e todos os outros ligados à Saúde Pública.

Daí que, todo o trabalho de PrS e EpS, de prevenção e os cuidados de manutenção da vida, são pouco valorizados socialmente, na medida que se afastam do modelo biomédico. É a era dos cuidados de reparação que Collière (1989), define como os cuidados ligados a situações de obstáculos ou entraves, como a fome, o acidente ou a guerra.

Segundo Pearson e Vaughan (1992), o modelo biomédico foi tradicionalmente a base do exercício de enfermagem no mundo ocidental nos últimos 100 anos, existindo ainda muitas evidências de que continua a ser aquele em que muitos enfermeiros assentam a sua prática.

Os conhecimentos valorizados neste paradigma relacionam-se com a necessidade de compreender o Homem-máquina, conhecer bem a anatomia dos seus órgãos e sistemas e como funcionam, por forma a identificar-se com precocidade a disfunção e proceder à sua reparação. São essencialmente conhecimentos das ciências biomédicas como a Anatomia, Fisiologia, Patologia, Farmacologia e Bioquímica. A ênfase é colocada nas tecnologias de reparação, procurando enquadrar-se o doente na rotina da realização das tarefas relacionadas com o diagnóstico médico. A pessoa é segmentada pela medicalização dos cuidados, manifestada nas especializações. As tecnologias privilegiam a utilização estereotipada de instrumentos de vigilância do doente, de execução de prescrições médicas, assim como dos registos.

#### **2.3.2.2. Paradigma do cuidar**

Esta concepção coloca a pessoa, enquanto autor e sujeito do mundo no centro do conhecimento, privilegiando a interação como comunicação humana por excelência. Começa a ser valorizado o conhecimento contextual, tendo como horizonte a totalidade universal, que se concretiza numa visão holística da pessoa. Logo, há necessidade de estudar o ser na sua globalidade e o modo de interação da mente com o corpo. Só assim se poderá assistir as pessoas na resolução dos seus problemas (Pearson & Vaughan, 1992).

Este paradigma rompe com os princípios que definem a actuação da Enfermagem no modelo biomédico. Já não defende o papel exclusivamente colaborativo do enfermeiro contra a doença, mas indicia o centro de intervenção no próprio indivíduo, para assegurar a sua vida, a sua saúde e o seu bem-estar, independentemente de estar numa situação de doença. O acto profissional deslocou-se do papel do enfermeiro no paradigma dominante biomédico para neste paradigma assentar na natureza dos cuidados. Collière (1989), indica que os cuidados de manutenção da vida representam todo o conjunto de actividades que asseguram a sua continuidade como comer, beber, eliminar, lavar-se e deslocar-se e tudo o que contribua para o desenvolvimento da vida. Se cuidar não se pode limitar a tratar a doença, por mais grave ou benigna que esta seja então é importante reflectir sobre os elementos que poderão contribuir para construir o



processo de cuidados de Enfermagem, a partir das situações vividas pelas pessoas que precisam de cuidados (Santos, 2000b).

No caso deste paradigma, a primeira fonte de conhecimento deverá ser a pessoa ou o grupo que se exprime sobre um problema, o que implica a capacidade de descodificar mensagens expressas, sobretudo, pela comunicação não verbal e referências simbólicas utilizadas pela pessoa no seu contexto de vida. Para que a descodificação se processe eficazmente é necessário que o campo de conhecimento seja alargado, pelo que Collière (1989), preconiza o estudo de várias disciplinas como a Biologia, a Demografia, a Psicologia Social, a Antropologia Cultural, a Sociologia, a Economia e a Filosofia, o que não admira, uma vez que a autora tem formação em Antropologia e História.

A mesma autora considera o próprio corpo como o primeiro «instrumento» dos cuidados, sendo através deste que se pode prestar um cuidado a qualquer pessoa. Isso exige a utilização e a mobilização de todos os sentidos com grande ênfase para o tacto, no qual as mãos constituem instrumentos a utilizar no desenvolvimento de tecnologias próprias à Enfermagem. No entanto, no dizer de Maclean (1992), a formação em Enfermagem tem sido orientada numa perspectiva técnica, que constitui a sua componente primordial nas áreas do conhecimento, tendo-se baseado fundamentalmente numa visão técnica do curriculum em que o modelo curricular se centra nos objectivos.

Reflectindo acerca da influência destes paradigmas de Educação em Enfermagem, no campo da PrS/EpS, Clark e Maben (1998), argumentam que a Educação em Enfermagem mantém e reforça o modelo tradicional de PrS, que enfatiza factores individuais e de risco e visa prevenir doenças e complicações através do ensino, informação e controlo. Liimatainen et al. (2001), sugerem que o desafio em Educação em Enfermagem é alargar o papel dos enfermeiros da abordagem tradicional para uma abordagem de “*empowerment*” da PrS.

### **2.3.3. Educação em Enfermagem e valores**

Antes de procurarmos relacionar a Educação em Enfermagem e os valores em que assenta, iremos fazer uma breve abordagem à teoria dos valores designada por axiologia (Oliveira, 1997), na qual apresentaremos alguns conceitos que consideramos mais significativos e ligados ao sector da saúde.

No dizer do Kozier, Erb e Olivieri (1993):

*“Os valores são um conjunto de crenças pessoais e atitudes sobre a verdade, a beleza, a importância de qualquer coisa, objecto ou conduta. Estão orientados para a acção e dão orientação e significado à própria vida”.*

Na opinião de Renaud (2000:195), o valor *“É o conteúdo da motivação do querer”*. Por seu lado, autores ligados ao campo da EpS entre os quais Costa e López (1996: 96-97), definem valores como:

*“Crenças carregadas afectivamente que constituem critérios compartilhados através dos quais os indivíduos e os grupos da sociedade fazem juízos acerca da importância e do significado das pessoas, das coisas, dos comportamentos, os acontecimentos e qualquer outro objecto sócio-cultural, pela sua capacidade para satisfazer necessidades pessoais e sociais.”*

Por sua vez, Downie, Tannahill e Tannahill (2000: 158) associam os valores a *“preferências que expressam atitudes e afectam atitudes”*. Referem, ainda, que os valores são acompanhados por sentimentos de aprovação ou desaprovação.

Max Scheler citado por Oliveira (1997) distingue quatro classes de valor: agradável e desagradável (sentimentos sensoriais de prazer e dor sensível), valores vitais (saúde, vigor, doença), valores espirituais (valores estéticos, éticos e lógicos) e valores do santo e do profano (dados apenas a objectos absolutos, sendo atribuível essencialmente a pessoas). Segundo Rokeach (1979) citado por Sánchez (1997), os valores podem ser instrumentais ou terminais. Os valores instrumentais aludem a diferentes modos de fazer, servem para a consecução das metas, enquanto que os valores terminais fazem referência a um estado final de existência desejável, a metas valiosas em si mesmas.

A existência dos valores não ocorre de forma abstracta na sociedade enquanto conceito, os valores existem nas pessoas que os realizam, e tal como nos refere Renaud (1994: 309) *“É o agir que os actua e lhes confere uma existência real”*. Os valores estão organizados segundo uma ordem axiológica com base numa fundamentação hierárquica. Essa hierarquia é geralmente bastante estável, não mudando muito com o tempo.

No dizer de Fernández, Conde, Trías e Sánchez (2001), a expressão «educação em valores» alude a um conjunto de relações, processos e realidades educativas que tem como finalidade o desenvolvimento moral e social da pessoa. Ao tratar dos valores e atitudes estamos-nos a referir ao que também pode denominar-se domínio afectivo (Vallejo, 2002).

A importância dos valores e atitudes na educação e na vida em geral é óbvia. Vallejo (2002), para além de defender esta ideia acrescenta também algumas razões que nos devem levar a interessar-nos por este elemento e pela sua avaliação:

- (i) Enfrentamos os problemas da vida com os nossos valores e as nossas atitudes e não apenas com os nossos conhecimentos. Tudo o que fazemos na vida, como o fazemos, o que escolhemos, a que grupo nos associamos, depende em última análise dos nossos valores e atitudes. Por conseguinte, um plano educacional, simplesmente, não pode prescindir do mais condicionante na vida. Os conhecimentos esquecem-se, mas as atitudes e os valores, guias do nosso comportamento são mais permanentes e resistentes à mudança;
- (ii) As atitudes e os valores, tal como os gostos, são adquiridos e por conseguinte os valores, as atitudes, podem-se ensinar. Por outro lado a sociedade a educa, desde diversas instâncias (os meios de comunicação social, grupos diversos, etc.) indicam-nos constantemente como devemos ser, como devemos pensar, o que é desejável, o que é importante;
- (iii) Se temos algum projecto educativo, ainda que nos centremos no ensino de conhecimentos e aptidões também estamos de alguma maneira a ensinar atitudes e valores. Por isso, todos influímos também nas atitudes e valores daqueles a quem pretendemos ensinar algo, quer nos apercebamos desse facto ou não, pelo que se torna importante tomarmos consciência dessa influência;
- (iv) O que não se avalia, desvaloriza-se, perde importância de facto. Podemos até pensar que a formação de atitudes e valores é importante, mas se não avaliarmos estes componentes, o nosso interesse pode tornar-se em nada. A avaliação permitir-nos-á manter o contacto com a realidade e sugerirá estratégias formativas.

Na opinião de Lucini (2002), as pessoas devem olhar com novos olhos e compreender com novas mentes, antes que verdadeiramente possam adoptar novas formas de vida. É por isso que os valores globais devem ser a pedra angular da governabilidade mundial. Num mundo em mudança rápida e constante, os critérios e restrições derivadas dos valores e normas aceites tornam-se mais essenciais do que nunca. Assim, construir uma sociedade civil com rigor ético implica que os valores em que a sociedade crê, se transmitam às gerações mais jovens através da educação.

Ainda que nos falte um modelo de pessoa, contamos com um conjunto de valores universalmente consensuais, um sistema valorativo que serve de marco e de critério para controlar até onde chegam as nossas exigências éticas individual e colectivamente.

A moral cívica é hoje um facto porque nas sociedades pluralistas foram aceites determinados valores globais, direitos e atitudes, devendo a nossa tarefa como educadores consistir em trazer para a luz, quais são esses mínimos já partilhados, para tomar consciência deles e tentar potenciá-los. Tais mínimos poderiam concretizar-se no respeito pelos direitos humanos e nos valores que os fundamentam como a liberdade, a igualdade e a solidariedade (Lucini, 2002).

A educação tem tido, e continua a ter, dois grandes objectivos: promover a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento intelectual, por um lado e o desenvolvimento moral, por outro (Marques, 2006). Educar para os valores é um trabalho de todos os tempos, instituições, grupos e sociedades. De facto, a educação envolve sempre valores, mesmo que estes nem sempre sejam visíveis, sendo que não pode haver autêntica educação sem que os valores a suportem, a impregnem e a envolvam (Patrício, 1993).

É certo que os valores mudam de sociedade para sociedade e modificam-se no decorrer da história, mas não é menos verdade que tal realidade representa, para os educadores, o enorme desafio de procurar e tentar encontrar o seu caminho no meio de uma realidade e de uma sociedade em constante mutação (Marques, 2006). Assim, esta autora coloca duas questões essenciais: Que valores deve a escola ensinar? De que modo os deve ensinar?

Em relação à primeira questão, é da opinião que a heterogeneidade de valores que regem a sociedade contemporânea não impede que se possa encontrar um pequeno grupo de valores que constituem uma base ética comum como a justiça, o respeito pelo outro, a equidade, o respeito pela verdade.

Na tentativa de responder à segunda pergunta indica alguns modelos de educação para os valores como o modelo de educação de carácter, cujo principal objectivo é a busca da felicidade, o modelo de clarificação de valores criado por Raths, Harmin e Simon (Anos 60), o modelo da escola justa de Lawrence Kohlberg e a abordagem pela narrativa, baseada nas teorias de Bruner, Day e Tappan, que poderão ser bons guias de orientação.

As questões morais/éticas assumem, na prática de Enfermagem contemporânea um lugar de tal modo central e uma influência tão decisiva, que se torna inquestionável a necessidade e a importância que tais questões devem merecer na formação dos enfermeiros, devendo procurar-se compreender o modo como os jovens constroem os seus valores, isto é a partir de que fontes, de que referências e em que contextos. Na opinião de Marques (2006), a escola de Enfermagem pode, e deve, fazer muito mais

nesta área. De uma forma contínua, integrada e dinâmica deve sentir-se responsável e assumir o seu papel, em termos da educação para os valores e da formação moral dos seus estudantes.

O percurso da formação ética em Enfermagem é bem descrito por Ribeiro (1998b), referindo que em Portugal, na fase de afiliação médica, baseada na competência técnica, passou-se de uma abordagem tradicional de formação do carácter baseada em valores de sacrifício, altruísmo, generosidade (muito identificada com uma vocação religiosa), para uma crítica e desvalorização dessa abordagem, mas sem encontrar um quadro de valores que constituíssem referências alternativas, o que já tinha acontecido noutros países mais desenvolvidos. Nesses países, na década de 80 face aos grandes avanços tecnológicos e ao aparecimento de novos fenómenos no campo da saúde, dá-se uma reacção a esse estado de coisas que conduz à emergência de preocupações no campo da ética. No dizer desta autora a forma como os ecos desse movimento têm chegado até nós, poderá originar a reprodução de alguns mal entendidos do passado.

Um desses mal-entendidos tem sido chamado falácia do moralista, no qual se confunde moral, enquanto exigência que pode ser feita a qualquer profissional de Enfermagem e em qualquer circunstância, com moralismo, ou seja, a redução da moral às suas dimensões mais superficiais, convencionais e exteriores, ou uma moral dos bons costumes, que numa perspectiva da moral em vista a uma actuação ética não é suficiente, devendo educar-se para a justiça.

Outro dos mal-entendidos é a falácia da inconsistência, espelhada quando se fala em valores de forma abstracta, como por exemplo, de humanização de cuidados em contextos da prática ou de metodologias activas na escola, correndo o risco de constituir apenas ruído para os ouvidos se não se traduzir em acções concretas e assumidas na prática de cuidados e na prática pedagógica.

O último dos mal-entendidos designa-se por falácia do naturalista, que acontece quando o educador defende que a formação deve preocupar-se apenas com verdades e factos ou quando um técnico afirma actuar de forma distante e sem se envolver, pretendendo que as suas acções sejam neutras em relação aos valores. A Educação em Enfermagem atravessou um período de reacção a um ensino de tipo moralista, muito presente em toda a história de Enfermagem (Collière, 1989) e que também se fez sentir em Portugal. Tendo sido posto em causa, por mudanças sócio-políticas, foi substituído por um vazio perigoso ao admitir que se pode educar ou prestar cuidados de forma isenta, deixando terreno livre para a influência do curriculum escondido. Isto quer dizer

que, por vezes, se educa mais pelo não dito, ou seja, pela forma como se organizam tempos, espaços de formação, pelo tipo de relações que se estabelecem, pelas metodologias que se adoptam e pelos conteúdos que se valorizam ou omitem. Assim, é de forma implícita que se transmitem os valores e crenças que contribuem para a construção da representação do enfermeiro que determina o que cada um de nós é (Ribeiro, 1998b). A autora considera esta forma de transmissão de valores negativa para a visibilidade da profissão.

Moreno, Garcia e Campos (2003c), também abordam a questão dos valores relacionando-a com a formação inicial e afirmando que é necessário que os estudantes participem dos valores que supõem uma adequada comunicação com a comunidade, dotando-se de conhecimentos, atitudes e habilidades que lhes permitam tratar com os actuais problemas de saúde, devendo a formação ter como objectivo fundamental dar identidade própria a estas matérias.

Por outro lado, Queirós (2001), acrescenta que a clarificação de valores é essencial para o crescimento individual, sendo um processo que guia a acção profissional, permitindo assim que a pessoa construa o seu próprio referencial ético. Assim, para que cada pessoa clarifique os seus próprios valores é necessário que desenvolva um pensamento ético, efectivamente reflexivo, que deverá acontecer ao longo da socialização na profissão enquanto estudantes e profissionais.

#### 2.3.4. Formação de educadores em saúde

Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) indicam-nos um conjunto de pressupostos pedagógicos, que é necessário ter em consideração na formação de educadores em saúde muito interessante, justificando adequadamente as suas propostas que passamos apresentar:

- (i) **É necessário cuidar a arte da relação** – O educador não se afirma apenas através da autoridade do seu conhecimento, necessitando de conquistar o espaço-tempo das interacções educativas, apropriando-se do poder da relação. Para alcançar esse objectivo tem que desenvolver determinadas características como a paciência para regular e apaziguar, capacidade de resiliência e flexibilidade estratégica para enfrentar a dinâmica intensa dos processos formativos. Woods (2001), acrescenta que um dos desafios dos educadores, é aprender a lidar com relações interpessoais complexas, agindo de forma justa e coerente.

- (ii) **O educador deve semear o desejo de aprender** – Os métodos de ensino devem integrar os princípios que suportam os projectos, como um meio para desenvolver a curiosidade do estudante e a sua capacidade de visão de longo alcance. Quando se vencem as barreiras iniciais da dificuldade de adesão e decisão e conseguimos que os grupos se envolvam em projectos pessoais de interesse, os resultados poderão ser extraordinários. Compete aos responsáveis pela formação criar sinergias, ritmo, sentido de coerência, estabelecer contratos e modificar estratégias.
- (iii) **É difícil pretender mudar o comportamento de alguém que não deseja convictamente mudar** – A mudança só acontece quando tem significado e existe desejo de abertura a uma nova experiência. Quanto mais receptiva a pessoa estiver a uma experiência, maior a sua possibilidade de aprender coisas novas, conceitos, esclarecer dúvidas e compreender o significado da experiência. As verdadeiras mudanças não são processos fáceis e implicam sempre autonomia, motivação e capacidade de decisão da pessoa em causa. No dizer destes autores os educadores de saúde devem ter em conta nos processos de mudança que é necessário: planear a mudança, considerar o princípio do prazer, valorizar a diversidade e as raízes culturais e promover a conscientização através do processo de tomada de consciência.
- (iv) **Constituir grupos de formandos de diferentes disciplinas é uma estratégia vantajosa** – São necessários diversos pontos de vista para obter uma abordagem panorâmica divergente, de forma a entender as questões de saúde, na sua diversidade e complexidade, a maior riqueza de um grupo reside na sua diversidade e pluralidade, podendo contar com a especificidade e o empenho de cada um. Os grupos constituídos por formandos oriundos de diferentes áreas tendem a criar novos campos de análise, a discutir questões com maior exaustividade e a enriquecer a perspectiva dos seus elementos numa dimensão transversal, facilitadora da acção solidária e cooperativa nas intervenções que poderão ter lugar.
- (v) **O educador necessita aprender a promover o seu próprio desenvolvimento pessoal** – Os educadores em saúde devem considerar a necessidade da sua mudança pessoal antes de assumirem a missão de ajudar os outros a mudar. Na perspectiva da comunicação com o interior, Rogers (1991) refere-se à importância

do diálogo interior, à experiência interior enquanto realidade subjectiva, habilitada por sentimentos e valores. Este autor explica que nesta viagem de esclarecimento interno, cada um deve procurar reflectir sobre os enigmas e compreender melhor o significado presente da sua experiência, que o ajudará a ter uma atitude menos defensiva para confessar as suas próprias dúvidas e assim encontrar novas respostas. Goleman (1997), na sua obra sobre inteligência emocional, demonstra a importância da auto-consciência, auto-regulação e auto-motivação, como competências prévias ao desenvolvimento da consciência social.

- (vi) **A formação dos educadores em saúde deve ser um processo orientado para a criatividade** – Educar em saúde implica abertura à criatividade. Esta é uma necessidade humana, sendo algo mais que o pensamento. Em qualquer actividade humana onde a criatividade se manifeste, sentimento, tensão e cognição interactivam. A necessidade de aprender processos de reestruturação, adaptação a situações inesperadas, controlo dos acontecimentos fortuitos, tomar iniciativas e decisões, criando alternativas de forma flexível, obriga ao desenvolvimento pessoal e social do educador e ao domínio de instrumentos pedagógicos inovadores.

Uma análise à metodologia do ensino superior conclui, que não existe um método único e aplicável a todos os casos. Os métodos são múltiplos e devem ser aplicados de forma combinada de acordo com os objectivos a alcançar. O princípio da multiplicidade dos métodos apresenta-se como a melhor óptica para enfrentar o tema da renovação da didáctica no ensino superior (Silva, 2000).

No próximo sub-capítulo iremos abordar as questões da transposição didáctica, na qual este estudo se apoia.

### **2.3.5. A transposição didáctica na Educação em Enfermagem**

No dizer de Clément (2004), a didáctica das ciências interessa-se pelos processos de transmissão e apropriação de conhecimentos científicos em todas as situações, daí que seja perfeitamente possível aplicá-la à Educação em Enfermagem.

Por sua vez Astolfi, Darot, Ginsburger-Vogel e Toussaint (1998) afirmam que a didáctica das ciências é um campo de pesquisas de rápido crescimento, que se insere na linha dos trabalhos que visam precisar os objectivos do ensino científico, renovar as



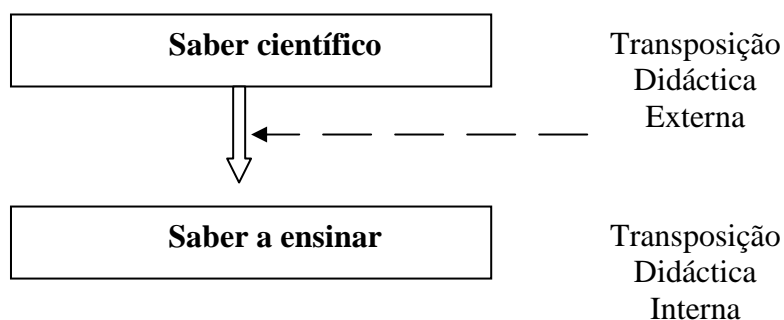
metodologias e melhorar as condições de aprendizagem dos alunos. Define-se por um novo centrar nos conteúdos do ensino científico. Baseia-se na tomada de consciência que existem dificuldades de apropriação que são intrínsecas aos saberes, dificuldades que é necessário diagnosticar e analisar com uma grande precisão para aumentar a taxa de sucesso dos alunos.

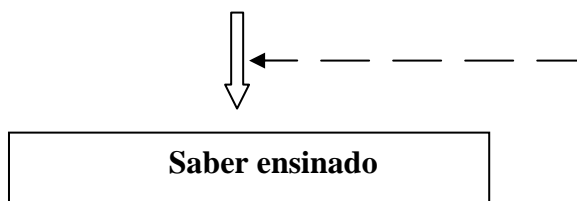
A investigação na didáctica das ciências coloca em evidência a existência de numerosos obstáculos, que não são detectáveis na análise quotidiana dos professores e formadores. Também ajudam a melhor compreender a realidade dos processos de ensino–aprendizagem em ciências, já que a tentação de atribuir a lentidão e os fracassos às características pessoais dos alunos como a falta de esforço ou de motivação, continua presente.

Na opinião de Clément (2004), adoptar uma perspectiva construtivista é essencial para analisar as concepções iniciais daqueles a quem é destinada uma mensagem científica, para melhor compreender as suas dificuldades em adquirir os novos conhecimentos, bem como avaliar as mudanças conceptuais ocorridas a seguir a uma aprendizagem.

O conceito de transposição didáctica foi criado pelo sociólogo Verret (1975), tendo Chevallard (1985) desenvolvido e aplicado à Didáctica da Matemática. Mais tarde estendeu-se a diversas disciplinas científicas, em particular na Didáctica da Biologia (Clément, 2004).

Um conteúdo de saber, tendo sido designado como saber a ensinar, sofre desde logo um conjunto de transformações adaptativas que vão torná-lo apto a tomar lugar entre os objectos de ensinamento. A transposição didáctica (Astolfi et al., 1998) permite analisar porque é que certos conteúdos científicos são ou não ensinados (transposição didáctica externa – TDE) e, quando estão no programa, como são ensinados (transposição didáctica interna – TDI) (Fig. 2.4). A transposição didáctica é assim vista como “o trabalho que, de um objecto de saber a ensinar, faz um objecto de ensinamento” (Astolfi et al., 1998: 177).





**Fig. 2.4** – Etapas da transposição didáctica (Adaptado de Astolfi et al., 1998, p.179).

No dizer de Astolfi et al. (1998), as adaptações particulares a cada docente intervêm apenas no segundo nível da transposição. O primeiro constitui a chamada noosfera, na qual se situam os pensadores dos conteúdos de ensino, que inclui os universitários que se interessam pelos problemas do ensino, os autores dos manuais, os inspectores, as associações de especialistas, os grupos de inovadores e os didactas. Os saberes a ensinar não se impõem por eles mesmos, sendo actualmente reconstruídos e axiomatizados em função das necessidades didácticas e sociais.

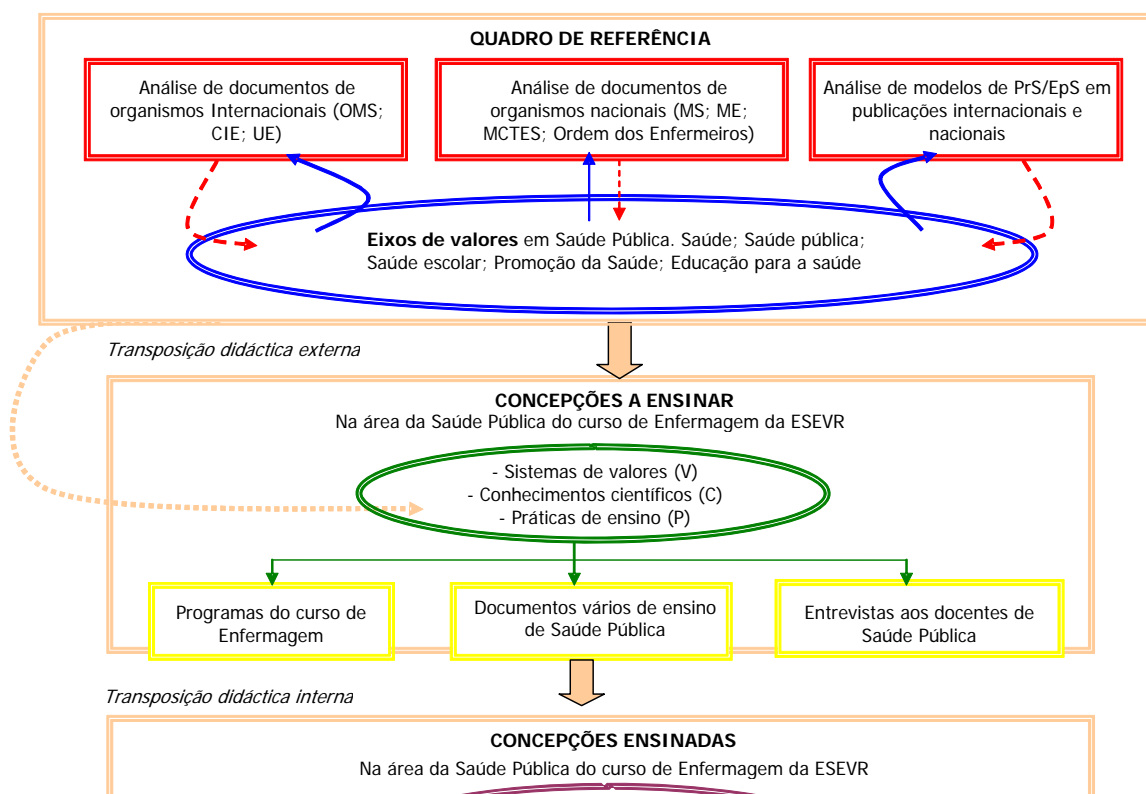
As referências sobre o que deve ser transportado para o ensino não se limitam aos conhecimentos científicos: incluem também as práticas sociais (evidentes na formação profissional, ou relativos à formação para a cidadania no ensino escolar fundamental) e os sistemas de valores que por vezes são explicitados (princípios de precaução, de responsabilidade, entre outros) (Clément, 2006), mas que estão muitas vezes implícitos e que este trabalho irá tentar identificar.

Por outro lado, Clément (2004; 2006), propõe que se analise a transposição em função de três pólos: conhecimento (K), valores (V) e práticas (P). Estes pólos interagem entre si, dando origem às concepções. Na sua opinião a assimilação individual de conhecimentos efectua-se em função dos outros dois pólos, P e V. Por um lado, é a aplicação dos nossos conhecimentos que nos permite assimilar, reter e refazer tudo o que é útil para as nossas práticas profissionais, pessoais e sociais – pólo P. Por outro lado, a atenção que cada um de nós dá aos conhecimentos, a importância que lhe atribuímos, depende muitas vezes da interacção entre os conhecimentos e os próprios sistemas de valores – pólo V. É este conjunto de interacções que será objecto deste estudo.

No dizer de Forissier (2003), as concepções dos alunos são muito complexas e dependem da situação particular de cada um, das suas práticas, da sua história de vida,

da sua cultura e das suas representações sociais: crenças e valores. O mesmo autor considera ainda que as concepções dos alunos (C) são função dos seus conhecimentos (K), dos seus sistemas de valores (V) e das suas práticas sociais (P), podendo ser representadas pela seguinte fórmula:  $C = f(K, V, P)$ .

É neste âmbito que surge a problemática do estudo que agora propomos desenvolver e que se baseia no modelo de transposição didáctica proposto por Clément e Cheikho (2001) e que se distingue em duas fases: a TDE e a TDI. Assim, no presente estudo abordar-se-á a TDE que consistirá, por um lado, na análise dos sistemas de valores (V) de referência que se encontram em documentos directores internacionais e nacionais, com vista à criação de eixos de valores em Saúde Pública (incluindo as noções de saúde, saúde escolar, PrS e EpS) para definir o “Quadro de referência”. Por outro lado, utilizar-se-ão estes mesmos eixos de valores na abordagem à TDE, em que se analisarão os programas e outros documentos utilizados pelos docentes responsáveis pela área de Saúde Pública da ESEVR-UTAD, bem como se procederá à entrevista dos mesmos docentes. Para além dos valores (V), pretende-se também analisar os conhecimentos (C) e as práticas de ensino (P) nesta área geral de Saúde Pública, com vista a conhecer os “Saberes a Ensinar” (Fig. 2.5). Para a análise da TDI, relacionar-se-ão os dados obtidos sobre os “Saberes a Ensinar” com os dados sobre os “Saberes Ensinaados” (Fig. 2.5). Para estes, recorrer-se-á à análise das concepções dos alunos de enfermagem à chegada à ESEVR-UTAD (alunos do 1º ano – para controlo negativo) e após a sua formação inicial em enfermagem (alunos do 4º ano), analisando os seus conhecimentos, valores e práticas (CVP) de ensino desenvolvidas (Fig. 2.5).



**Fig. 2.5** – Plano esquemático da investigação

Este estudo será realizado em detalhe na ESEVR-UTAD, de forma a se conhecerem e compreenderem as coerências e incoerências que possam ocorrer entre o sistema de referência e as transposições didácticas externas e internas.

Com o objectivo de comparar os sistemas de valores construídos em diversos cursos da área da saúde, quer idênticos quer diversos do de Enfermagem de Vila Real, analisar-se-ão também os conceitos de alunos à entrada e à saída de outros cursos de Enfermagem no Norte do país como a Escola Superior de Enfermagem de Braga da Universidade do Minho, e a Escola Superior de Enfermagem do S. João – Porto e ainda do curso de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Faculdade de Medicina do Porto, Ensino Básico e Educação de Infância do Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho e Serviço Social da Universidade Católica de Braga.

Para responder à questão acima formulada desenvolver-se-á um estudo de carácter transversal e retrospectivo, procedendo-se a recolha de dados num dado momento e estudando factos passados. Pretende-se conjugar a informação aprofundada e interpretativa obtida através de entrevistas aos docentes de enfermagem com a informação generalizada e objectiva obtida através do questionário aos alunos da formação inicial.

Como o investigador é um dos docentes envolvidos na formação inicial de enfermeiros na ESEVR-UTAD, na área da PrS/EpS, conhecer os conceitos dos alunos, os seus valores e práticas é de todo relevante, para a melhoria do processo de Ensino-aprendizagem e da qualidade de ensino. Definimos, ainda, os seguintes objectivos para a presente investigação:

- Identificar um conjunto de eixos de valores de referência em PrS/EpS;

- Identificar os saberes a ensinar através da análise de programas do Curso de Enfermagem de Vila Real (E-VR), documentos de ensino de Saúde Pública e entrevistas aos docentes da ESEVR-UTAD de Saúde Pública;
- Caracterizar em termos sócio demográficos a amostra deste estudo;
- Tipificar as concepções dos alunos sobre Saúde, Saúde Pública, Saúde Escolar, PrS e EpS do curso de E-VR e de outros cursos do ensino superior;
- Identificar quais os valores no âmbito da PrS/EpS (Saberes ensinados) que os alunos do curso de E-VR e de outros cursos do ensino superior detinham à entrada (1º Ano) e à saída (4º Ano) da sua formação;
- Verificar em que pólos se situam os alunos do curso de E-VR e de outros cursos do ensino superior, no que diz respeito a cada eixo de valores;
- Comparar os sistemas de valores dos alunos do curso de E-VR com os dos alunos de outros cursos do ensino superior, na área da Saúde Pública e PrS/EpS;
- Identificar alguns factores que influenciam os sistemas de valores em PrS/EpS adoptados pelos alunos do curso de E-VR e de outros cursos do ensino superior;
- Caracterizar as práticas de PrS/EpS dos alunos do curso de E-VR e de outros cursos do ensino superior.



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGIA**

Neste capítulo apresenta-se a metodologia desenvolvida na presente investigação, que se divide em seis partes: na primeira parte, apresenta-se o desenho da investigação, do qual constam os módulos e os respectivos passos; na segunda parte, classifica-se o estudo; na terceira parte, indica-se a composição da população, bem como os critérios subjacentes à sua selecção; na quarta parte, apresentam-se os instrumentos de recolha de dados, referindo-se as suas características e adequação ao tipo de dados a recolher; na quinta parte, descreve-se a forma como foram obtidos os dados; e na sexta parte, indica-se a forma como os dados foram tratados.

#### **3.1. Desenho da investigação**

A problemática deste estudo, assenta no modelo de Transposição Didáctica proposto inicialmente pelo sociólogo Verret (1975), adaptado posteriormente à didáctica da Matemática por Chevallard (1985) (Astolfi et al., 1998) e mais recentemente à didáctica da Biologia por Clément e Cheikho (2001). Este modelo envolve duas fases: a Transposição Didáctica Externa (TDE) e a Transposição Didáctica Interna (TDI). A TDE diz respeito aos processos de selecção dos conteúdos, que irão ser ensinados, enquanto a TDI analisa como é que se efectua de seguida esta transposição dos formadores para os formandos (Clément, 2004).

No primeiro módulo, que designamos por **Quadro de Referência** (ver Fig. 2.6), inicialmente, procedemos à análise de conteúdo a modelos de Promoção da Saúde/Educação para a Saúde (PrS/EpS), em publicações de autores nacionais e internacionais, através do processo de codificação aberta. A análise foi efectuada linha-a-linha, tendo sido identificadas palavras-chave, que foram sendo anotadas nas margens, à medida que emergiam da análise (Strauss & Corbin, 1998). A partir dessas palavras-chave criaram-se categorias de valores, que foram relacionadas com um conjunto de sub-categorias, tendo-se constituído agrupamentos, que deram origem aos seis grandes Eixos provisórios de valores em PrS/EpS: Social/Individual, Salutogénico/Patogénico, Holístico/Reduccionístico, Equidade/Desigualdade, Autonomia/Dependência e Democrático/Autocrático, que englobam todas as sub-categorias.

Posteriormente, seleccionamos três livros de autores ingleses, três livros de autores portugueses e cinco artigos de autores portugueses. Os critérios subjacentes a esta selecção foram a relevância dos autores no campo da PrS/EpS e o facto de abordarem a saúde e os modelos de PrS/EpS na sua perspectiva lata. Os textos seleccionados foram submetidos a nova análise, com base nas mesmas categorias/eixos identificados. Verificou-se quantas vezes foi mencionada cada uma das categorias e qual o pólo em que o autor se enquadrava, tendo-se construído, um quadro de frequências dos pólos das categorias/Eixos de valores. Para obter as percentagens a partir das quais construímos os gráficos dos Eixos de valores identificados no discurso de autores individuais e organismos oficiais, somamos o número de referências a cada pólo de um Eixo de valores e dividimos pelo total de referências de todos os Eixos de valores, obtendo assim a proporção de cada pólo de valores. De seguida a análise foi alargada a um conjunto mais vasto de autores, construindo-se de novo um quadro de frequências das referidas categorias.

Após este passo teve lugar a análise de documentos (Programas, linhas orientadoras) dos principais organismos oficiais nacionais e internacionais na área da saúde, da educação e do ensino superior, com base nos eixos provisórios de valores já definidos, tendo-se construído um quadro de frequências das categorias emergentes do discurso dos referidos organismos. Estes quadros podem ser visualizados no Anexo I.

Por último, tendo por base a matriz dos seis grandes eixos de valores, elaboramos os instrumentos de recolha de dados. Após realização do teste piloto ao questionário, foram retiradas as sub-categorias menos discriminativas, tendo-se constituído o conjunto de Eixos definitivos de valores em PrS/EpS.

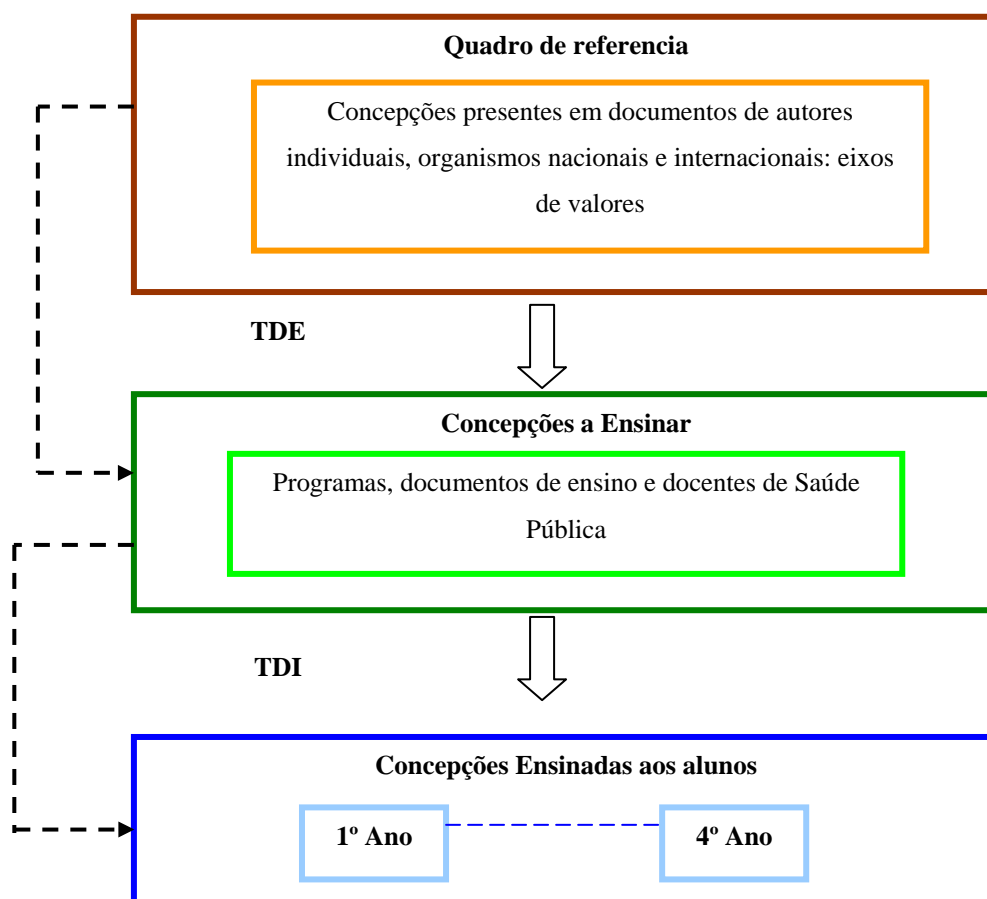


No segundo módulo, denominado **Concepções a Ensinar** (ver Fig. 2.6) na área da Saúde Pública/Saúde Comunitária do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (ESEVR-UTAD), num primeiro passo, analisaram-se os Programas e Planos de Estudo do referido curso, de seguida procedemos à análise de documentos vários ligados ao ensino de Saúde Pública/Saúde Comunitária, enumerados no corpus do estudo e, por último, realizamos entrevistas aos docentes de Enfermagem na área da Saúde Pública/Saúde Comunitária da ESEVR, que foram submetidas a análise de conteúdo. A análise da TDE foi feita através da comparação entre os valores emergentes no primeiro módulo e os emergentes no segundo módulo.

No terceiro módulo, designado **Concepções Ensinadas** (ver Fig. 2.6) na área da Saúde Pública/Saúde Comunitária, aplicaram-se os questionários aos alunos do 1º e do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (E-VR) da ESEVR-UTAD e de outros cursos do ensino superior, da zona Norte, para comparação. Para análise da TDI relacionar-se-ão os dados obtidos sobre as «Concepções a Ensinar» com os dados sobre as «Concepções Ensinadas», tendo em conta os valores, os conhecimentos científicos e as práticas de ensino.

No quarto módulo, procedeu-se ao tratamento e análise dos dados provenientes dos questionários e à conjugação com os dados obtidos através das entrevistas.

No quinto e, último módulo, teve lugar a escrita da tese.



### **Fig. 3.1 – Esquema das etapas da investigação**

#### **3.1.1. Justificação dos conceitos**

Para uma melhor compreensão e justificação do conceito inerente a cada uma das categorias/Eixos de valores identificados, apresentam-se de seguida as citações mais elucidativas de cada um dos eixos.

##### **i) Eixo Social/Individual**

*“A perspectiva da OMS face à função da EpS em geral e particularmente numa abordagem preventiva individualizada, mudou de forma significativa, redireccionando-a para a necessidade de uma abordagem mais globalizante”* (Amorim, 1999: 20);

*“A questão chave em PrS é: deveria o objectivo ser mudar o comportamento individual e estilo de vida ou mudar o ambiente socioeconómico e físico?”* (Ewles & Simnett, 1999: 38);

*“A EpS e a prevenção da doença representam um meio de reduzir os custos e uma ideologia que pode colocar o ónus da responsabilidade no indivíduo”* (Naidoo & Wills, 1994: 67);

*“Uma das cinco prioridades para a PrS no século XXI que emergiram da conferência de Jacarta (1997), foi o promover a responsabilidade social no que diz respeito à saúde, evitando prejudicar a saúde dos indivíduos e proteger o ambiente”* (Morrondo, 2000: 148);

*“Deve-se desenvolver junto às pessoas...a atitude de participar de maneira construtiva na via da colectividade, promover o senso de dignidade e da responsabilidade da pessoa ao mesmo tempo que a solidariedade e a responsabilidade colectiva”* (Baumann, 2002: 412).

##### **ii) Eixo Salutogénico/Patogénico**

*“Com esta imagem podemos deduzir que as «perigosidades do rio» são os factores patogénicos, «orientação patogénica», que desde sempre serviu de fundamento aos trabalhos de prevenção primária, secundária e terciária e que «a nossa capacidade como nadadores» consiste na principal defesa contra a perigosidade do rio. ... A esta orientação chamou o autor «orientação salutogénica»”* (Navarro, 2000: 6);

“Nuno Grande (1994), citado por Amorim (1999: 18), afirma que a saúde deve ser avaliada como um estado de espírito e não uma técnica, como uma atitude e não uma receita”;

“A entrada da doença no mundo da medicina foi consagrada pela alienização do século XIX. Em conjugação com esta medicalização, a questão da cidadania do doente mental foi colocada desde a revolução democrática em termos de direitos-liberdades” (Munck, 2004: 38);

“É uma definição estática, porque considera, apenas, pessoas saudáveis aquelas que gozam de um completo bem-estar, físico, mental e social. A saúde é dinâmica e não estática, existindo diferentes graus de saúde positiva” (Sanmartí, 1985: 14);

“Saúde é vista (num sentido negativo) envolvendo a ausência de doença ou enfermidade (palavras com conotação negativa). Da mesma maneira, saúde é positiva de duas maneiras: é vista (positivamente), acarretando a presença de qualidade/bem-estar (positivo)” (Downie, Tannahill & Tannahill, 2000: 10);

“Ao falar de «Saúde para Todos no Ano 2000» a OMS acentuou que a saúde é um recurso do dia-a-dia e não um objectivo de vida” (Amorim, 1999: 18);

“Mas esta distinção entre as condições objectivas e as subjectivas não é um relato exhaustivo da diferença entre estar doente e sentir-se doente” (Downie, Tannahill & Tannahill, 2000: 11).

### iii) Holístico/Reduccionístico

“O modelo com foco no comportamento tem uma posição reducionista da pessoa na maioria das suas propostas explicativas e de intervenção, ao centrar-se apenas no estudo da actuação sobre a conduta, esquecendo as outras dimensões do ser humano” (Santos, 2000c: 350).

“Este tipo de abordagem explicativa causal desmarca-se obviamente, como já dissemos, da causalidade linear tipicamente moderna, ou mais especificamente, tipicamente newtoniana. A importância da circularidade processual foi desenvolvida sobretudo pelos estudos na cibernética e na engenharia da computação” (Oliveira, 2000: 288);

“Para que estes princípios [da RNEPS] se concretizem pensamos ser necessário que, por um lado, as escolas criem as condições organizacionais que garantam coerência e sustentabilidade e que, por outro, os serviços de saúde se organizem em articulação com as escolas por forma a responderem às suas solicitações decorrentes do processo de PrS” (Carvalho, 2002: 131);

“Na política que se preocupe com a saúde devem participar os diferentes sectores da administração pública e também o sector privado, ainda que se mantenha o seu controlo através de novas formas” (Morrondo, 2000: 149);

“A EpS é um processo que prepara as pessoas para fazer decisões relacionadas com a saúde” (Clark, 1996: 140);

“A EpS deve passar da visão monocausal dos factores de risco “fumar provoca cancro”, para uma contextualização sistémica dos factores de risco” (Silva, 1999: 22-23).

#### iv) Equidade/Desigualdade

*“Baseando-se no princípio de equidade, destaca a necessidade de eliminar as desigualdades na saúde entre os grupos e classes sociais, discriminando positivamente os mais desfavorecidos” (Morrondo, 2000: 145);*

*“Os serviços de saúde não devem criar serviços específicos para os pobres, o que será uma marca de exclusão social suplementar, mas desenvolver políticas voluntaristas para que os serviços habituais sejam acessíveis a toda a população” (Baumann, 2002: 410);*

*“Outro aspecto da equidade que convém destacar é a sua relação com a justiça social, já que a não equidade é uma desigualdade injusta e geralmente intolerável” (Morrondo, 2000: 150);*

*“É fundamental que as populações discriminadas consigam reconhecer a sua desvantajosa situação face a outros grupos populacionais, para que possam exprimir e exigir os seus direitos ao acesso aos cuidados de saúde” (Carvalho, 2002: 122);*

*“Em linhas gerais podemos distinguir dois modelos: Sistemas de seguro de doença obrigatório, nos quais o direito à protecção da saúde deriva da relação com o mercado de trabalho e Sistemas Nacionais de Saúde, baseados na solidariedade e na universalidade nos quais o direito à protecção da saúde deriva da condição de cidadania” (Ahumada, Román & López-Fernández, 1994: 104).*

#### v) Autonomia/Dependência

*“...aumentando a interacção humana e favorecendo a autonomia do utente/doente em caso de cuidados e tratamento” (Amorim, 2000: 29).*

*“O termo adesão comporta a escolha e a mutualidade, no planeamento e na implementação de um comportamento preventivo, sendo muito mais do que uma simples aceitação, designação geralmente utilizada para fazer referência à “obediência cega”, por parte de um indivíduo, às prescrições do profissional de saúde, o que sugere um papel passivo por parte do sujeito” (Andrade, 2001: 22);*

*“Todos argumentam que uma EpS sensível pode promover a auto-estima e a confiança das pessoas, capacitando-as a ter maior controlo sobre a sua própria saúde” (Ewles & Simnett, 1999: 39);*

*“Trata-se de desenvolver na pessoa capacidade de se auto-cuidar...” (Santos, 2000c: 351);*

*“A nova EpS não é mais persuadir as pessoas a cumprir as instruções médicas, mas deve capacitar as pessoas, fazer nascer consciência crítica, tornar as pessoas conscientes de factores ambientais que possam prejudicar a saúde...” (Tones & Tilford, 1994: 11-12);*

*“Neste contexto, a EpS e a literacia para a saúde surgem como ferramentas fundamentais para o processo de capacitação das populações” (Carvalho, 2002: 122);*

*“O compromisso da comunidade com a saúde e a sua participação em tudo o que esteja relacionado com ela são elementos fundamentais da PrS. A participação da comunidade visa recuperar a gestão responsável da saúde” (Morrondo, 2000: 151).*

## vi) Democrático/Autoritário

*“Os profissionais de saúde tendem a colocar-se mais do lado autoritário do que do lado democrático de um espectro de um fim, podendo-se atribuir este fenómeno ao processo de socialização profissional” (Tones & Tilford, 1994: 37);*

*“O principal modo de operar da PrS é capacitar e não a coerção; o foco devia ser a cooperação mais do que a concordância e o cumprimento” (Tones & Tilford, 1994: 5);*

*“Existe uma questão chave do controlo e poder no coração do trabalho de PrS: quem decide qual o trabalho que deverá ser feito; quem decide a agenda? De baixo para cima, estabelecido pelas pessoas que identificam por si próprias questões que julgam relevantes, ou de cima para baixo estabelecido pelos promotores da saúde que têm o poder e recursos para tomar decisões e impor as suas próprias ideias acerca do que deva ser feito” (Ewles & Simnett, 1999: 45);*

*“De um lado, temos um médico especializado afectivamente neutro, do outro um doente submisso, cooperativo, aceitando a definição técnica do seu problema...” (Munck, 2004: 39);*

*“O argumento de que as populações não têm conhecimentos nem experiência não pode servir de capa à posição paternalista que frequentemente os profissionais de saúde assumem” (Navarro, 1995: 80);*

*“Os educadores para a saúde observam o princípio do consentimento informado... Os educadores apoiam a mudança pela escolha, não pela coerção. O objectivo de tomar uma decisão informada tornou-se um princípio cardinal para a EpS e no entanto a verdadeira liberdade de escolha é frequentemente ilusória” (Tones, 1997:36);*

*“Para além das metas gerais definidas para os países pelos governos existem múltiplas oportunidades para as populações partilharem a tomada de decisão sobre assuntos que lhes dizem directamente respeito. Essas oportunidades não podem ser esquecidas e, muito menos, negadas pelos profissionais de CSP, mesmo que os nossos comportamentos, influenciados pela cultura da formação profissional de base que tivemos, nem sempre nos habilitem a ser capazes de partilhar o poder” (Navarro, 1995: 79).*

Achamos, ainda, relevante mencionar a pesquisa efectuada no decorrer dos módulos **Quadro de referência e Concepções a Ensinar**, a fim de dar uma ideia da sua amplitude. A apresentação será efectuada de seguida, no Corpus do estudo.

### 3.1.2. Corpus do estudo

O corpus deste estudo foi constituído por:

- 1) Obras de autores individuais
  - 1.1) Livros e capítulos de livros (46 obras)
  - 1.2) Artigos (20 textos)
- 2) Documentos de organismos nacionais e internacionais
  - 2.1) Nacionais
    - Governo (5 documentos)

- Ministério da Saúde (8 documentos)
  - Ministério da Educação (8 documentos)
  - Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (6 documentos)
  - Ordem dos Enfermeiros (6 documentos)
- 2.2) Internacionais
- International Council of Nurses (17 documentos)
  - Organização Mundial da Saúde (8 documentos)
  - União Europeia (5 documentos)
- 3) Documentos reguladores dos Programas do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real-UTAD (5 documentos)
- 4) Documentos de ensino em Saúde Pública/Saúde Comunitária (8 documentos).
- 1) Obras de autores individuais
- 1.1) Livros e capítulos de livros (46 obras<sup>1</sup>)
1. Ahumada, L., Román, D., & López-Fernández, L. (1994). La participación comunitaria. In A. Zurro, & J. Perez (Orgs.), *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. (3ª ed., pp. 95-107). Barcelona: Mosby. (13 p.)
  2. Andrade, M. (1995). *Educação para a saúde – Guia para professores e educadores*. (1ª ed., pp. 21-33). Lisboa: Texto Editora. (13 p.)
  3. Arnold, J., & Breen, L. (1998). Images of health. In S. Gorin, & J. Arnold (Orgs.), *Health promotion handbook*. (pp. 3-13). St. Louis: Mosby. (11 p.)
  4. Baumann, M. (2002). Promotion de la santé et discriminations sociales: quelles questions éthiques? In M. Leandro, M. Araújo, & M. Costa (Orgs.), *Saúde. As teias da discriminação social. Actas do Colóquio Internacional – Saúde e Discriminação Social*. (pp. 403-419). Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. (17 p.)
  5. Beauchamp, D. (1997). Lifestyle, public health and paternalism. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Debates and dilemmas in promoting health*. (pp. 297-305). London: Macmillan Press. (9 p.)
  6. Benzeval, M., Judge, K., & Whitehead, M. (1997). Tackling inequalities in health: extracts from the summary. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Debates and dilemmas in promoting health*. (pp. 16-23). London: Macmillan Press. (8p.)
  7. Carrondo, E. (2000). Promoção da saúde. Serviços de saúde promotores de saúde: Dimensão administrativa. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda (Orgs.), *Educação para a saúde*. (pp. 89-105). Braga: Departamento de Metodologias da Universidade do Minho. (7 p.)
  8. Carvalho, G. (2002). Literacia para a saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In M. Leandro, M. Araújo, & M. Costa (Orgs.), *Saúde. As teias da discriminação social. Actas do Colóquio Internacional – Saúde e Discriminação Social*. (pp. 119-135). Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. (17 p.)
  9. Clark, M. (1996). *Nursing in the community* (2ª ed., pp. 127-143). Stanford: Appleton & Lange. (17 p.)
  10. Collins, T. (1997). Models of health: pervasive, persuasive and politically charged. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Debates and dilemmas in promoting health. A reader*. (pp. 54-63). London: Macmillan Press. (10 p.)
  11. Costa, M., & López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. (pp. 25-109). Madrid: Ediciones Pirámide. (85 p.)
  12. Deccache, A., & Laperche, J. (1998). Paradigms, values and quality criteria in health promotion: an application to primary health care. In J. Davies, & G. Macdonald, (Edits.), *Quality, evidence and effectiveness in health promotion*. (pp. 149-164). London: Routledge. (16 p.)

<sup>1</sup> Textos utilizados para a criação do **Quadro de Referência** de valores em PrS/EpS

13. Downie, R., Tannahill, C., & Tannahill, A. (2000). *Health promotion. Models and values*. (2ª ed., pp. 9-75). Oxford: University Press. (67 p.)
14. Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting health. A practical guide*. (4ª ed., pp. 3-55). London: Baillière Tindall. (53 p.)
15. Ferreira, F. (1990). *Moderna saúde pública*. (6ª ed., pp. 3-94; 1117-1124). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (100 p.)
16. Forster, D. (1997). Health promotion: models and approaches. In S. Pike, & D. Forster (Edits.), *Health promotion for all*. (2ª ed., pp. 39-50). London: Churchill Livingstone. (p. 12)
17. González, M. (1998a). Los grandes cambios socio-sanitarios del siglo XXI. In M. González (Coord. edit.), *La Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. (pp. 3-20). Madrid: Diaz de Santos. (18 p.)
18. González, M. (1998b). La educabilidad de la salud. Tiene importancia la educación para la salud en nuestra sociedad?. In M. González (Coord. edit.), *La Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. (pp. 21-29). Madrid: Diaz de Santos. (9 p.)
19. Gorin, S. (1998). Models of health promotion. In S. Gorin, & J. Arnold (Orgs.), *Health promotion handbook*. (pp. 14-35). St. Louis: Mosby. (22 p.)
20. Halstead, J. (1996). Values and values education in Schools. In J. Halstead, & M. Taylor (Edits.), *Values in education and education in values*. (pp. 3-14). London: The Falmer Press. (12 p.)
21. Jones, L. (1998a). Promoting health: everybody's business?. In J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Promoting health. Knowledge and practice*. (pp. 2-17). London: Macmillan Press and the Open University. (16 p.)
22. Jones, L. (1998b). What is health?. In J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Promoting health. Knowledge and practice*. (pp. 18-36). London: Macmillan Press and the Open University. (19 p.)
23. Kiger, A. (1997). *Teaching for health*. (2ª ed., pp. 29-64). London: Churchill Livingstone. (36 p.)
24. Macdonald, T. (1998). *Rethinking health promotion. A global approach*. (1ª ed., pp. 1-32). London: Routledge. (32 p.)
25. Moreno, A., García, E., & Campos, P. (2000). Conceptos en educación para la salud. In A. S. Moreno, E. García, & P. Campos (Dirs.), *Enfermería comunitária*. (p. 155-168). Madrid: McGraw-Hill. (14 p.)
26. Morrondo, P. (2000). Promoción de la salud. In A. Moreno, E. García, & P. Campos (Dirs.), *Enfermería comunitária*. (pp. 141-153). Madrid: McGraw-Hill. (13 p.)
27. Naidoo, J., & Wills, J. (1994). *Health promotion. Foundations for practice*. (1ª ed., pp. 3-23; 62-100). London: Baillière Tindall. (60 p.)
28. Navarro, M. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? (Conceitos e fundamentos para novas práticas). In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda (Orgs.), *Educação para a Saúde*. (2ª ed., pp.13-27). Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho. (15 p.)
29. O'Keefe, E. (1997). Values and ethical issues. In S. Pike, & D. Forster (Edits.), *Health promotion for all*. (2ª ed., pp. 51-65). London: Churchill Livingstone. (p. 15)
30. Oliveira, C. (2000). Holismo: Aprender e educar. In A. Carvalho, E. Vilela, I. Baptista, M. Couto, P. Pereira, & Z. Almeida (Coords.), *Diversidade e identidade. Actas da 1ª Conferência Internacional de Filosofia da Educação*. (pp. 287-292). Braga: Universidade do Minho. (6 p.)
31. Pike, S. (1997). What is health promotion?. In S. Pike, & D. Forster (Edits.), *Health promotion for all*. (2ª ed., pp. 3-13). London: Churchill Livingstone. (p. 11)
32. Quartilho, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria. Do sintoma à experiência*. (pp. 15-94). Coimbra: Quarteto Editora. (80 p.)
33. Reis, M. (2000). Serviços de saúde promotores de saúde. O Hospital promotor de saúde. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda (Orgs.), *Educação para a Saúde*. (2ª ed., pp. 97-104). Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho. (8 p.)

34. Reiss, M. (1996). Food, smoking and sex: values in health education. In J. Halstead, & M. Taylor (Edits). *Values in education and education in values*. (pp. 92-103). London: The Falmer Press. (12 p.)
35. Ribeiro, J. (1998a). *Psicologia e saúde*. (pp. 143-157). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada – CRL. (p. 15)
36. Rochon, A. (1996). *Educación para la salud. Guia practica para realizar un proyecto*. (pp. 5-25). Barcelona: Masson. (21 p.)
37. Rodrigues, V. (2003). Hábitos de saúde e comportamentos de risco em estudantes do Ensino Básico/Secundário. Estudo da eficácia de um programa educacional de intervenção. (pp. 1-65; 99-155). Tese de doutoramento não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto. (122 p.)
38. Sanmartí, L. (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. (pp. 13-27). Barcelona: Ediciones Diaz de Santos. (15 p.)
39. Santos, V. (2000c). Marco conceptual de educación para la salud. In A. Osuna, *Salud pública y educación para la salud*. (pp. 341-353). Barcelona: Masson. (13 p.)
40. Santos, V. (2000d). Educación para la salud en la escuela. In A. Osuna, *Salud pública y educación para la salud*. (pp. 399-408). Barcelona: Masson. (9 p.)
41. Seedhouse, D. (1998). *Health promotion. Philosophy, prejudice and practice*. (pp. 69-81). Chichester: John Wiley and Sons. (13 p.)
42. Sidell, M. (1997). Older people's health: applying Antonovsky's Salutogenic paradigm. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Debates and dilemmas in promoting health*. (pp. 9-15). London: Macmillan Press. (7 p.)
43. Tones, K. (1993). The theory of health promotion: implications for nursing. In J. Wilson–Barnett, & J. Clark (Edits.), *Research in health promotion and nursing*. (pp. 3-12). London: Macmillan Press. (10 p.)
44. Tones, K., & Tilford, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. (pp. 1-48). London: Chapman & Hall. (48 p.)
45. Tones, K. (1996). The anatomy and ideology of health promotion: empowerment in context. In A. Scriven, & J. Orme (Edits.), *Health promotion. Professional perspectives*. (pp. 9-21). London: Macmillan Press. (13 p.)
46. Tones, K. (1997). Health education as empowerment. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Debates and dilemmas in promoting health*. (pp. 33-42). London: Macmillan Press. (10 p.)

## 1.2) Artigos (20 textos<sup>2</sup>)

1. Amorim, C. (1999). Para a autonomia de opção. *Trajectos e Projectos*, 1, 17-21. (5 p.)
2. Amorim, C. (2000). Para a autonomia de opção (Continuação). *Trajectos e Projectos*, 2, 25-30. (6 p.)
3. Andrade, M. (2001). Psicologia da saúde: contributos para uma abordagem interdisciplinar da Educação para a saúde. *Referência*, 7, 17-24. (8 p.)
4. Berger, D., Peretti, C., Poisson, P., Campiutti, J., & Collet, R. (1998). Éducation à la santé et partenariats. Présentation de deux recherches-action. *Recherche et Formation*, 28, 47-63. (17 p.)
5. Clark, J., & Maben, J. (1999). Health promotion in primary health care nursing: the development of quality indicators. *Health Education Journal*, 58, 99-119. (21 p.)
6. Faria, M. (2001). *A prioridade da educação para a saúde na escola*. [on-line]. Disponível: <http://www.eseb.ipbeja.pt/investigação/artigos/prioridade.htm> (2001-07-11), 1-16. (16 p.)
7. Golse, A. (2004). Psychologues et psychiatres: je t'aime, moi non plus. *Sciences Humanes*, 147, 30-37. (8 p.)
8. Jensen, B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*, 12 (4), 419-428. (10 p.)

<sup>2</sup> Textos utilizados para a criação do **Quadro de referência** de valores em PrS/EpS



9. Jourdan, D., Picc, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C., & Glanddier, P. (2002). Éducation à la santé à l'école: pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé Publique*, 14 (4), 403-423. (21 p.)
10. Jourdan, D. (2003). Quelle education à la santé à l'école? *Journal des professionnels de l'enfance*, 1-6. (6 p.)
11. Larrea, C., & Plana, M. (1993). Antropologia y educación para la salud. *Revista Rol de Enfermería*, 179/180, 65-69. (5 p.)
12. Lash, S. (1990). Convicções e comportamento na educação para a saúde. *Nursing*, 27, 46-48. (3 p.)
13. Mead, M. (1999). Who is making a difference through health promotion? *Health Promotion International*, 14 (1), 1-4. (4 p.)
14. Munck, J. (2004). Folie et citoyenneté. *Sciences Humanes*, 147, 38-41. (4 p.)
15. Navarro, M. (1995). Educação para a saúde e profissionais de saúde Comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 77-83. (7 p.)
16. Pestana, M. (1996). A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 1, 183-304. (122 p.)
17. Precioso, J. (1992). Algumas estratégias de âmbito intra e extra-curricular. Para promover e educar para a prática de uma alimentação racional. *Revista Portuguesa de Educação*, 2, 111-128 (18 p.)
18. Silva, P. (1999). Do ensino à prática profissional. *Trajectos e Projectos*, 1, 22-24. (3 p.)
19. Sousa, M. (1995). A educação para a saúde na prática de saúde escolar – diagnóstico da situação de um concelho do distrito de Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1, 39-52. (14 p.)
20. Tones, K. (2002). Reveille for radicals! The paramount purpose of health education? *Health Education Research*, 17, editorial 1-5. (5 p.)

## 2) Documentos de organismos oficiais nacionais e internacionais

### 2.1) Nacionais

#### • **Governo** (5 Documentos)

1. Governo (1998). Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98 de 21 de Outubro. Aprova o Relatório da Comissão Interministerial para a Educação Sexual e Planeamento Familiar. *D. R. I Série-B*, N.º 243, 5484. (1 p.)
2. Governo (1999a). Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/99 de 8 de Maio. Estabelece a Comissão Interministerial para analisar os múltiplos aspectos associados à luta contra o alcoolismo e a composição desta comissão. *D. R. I Série-B*, N.º 107, 2398. (1 p.)
3. Governo (1999b). Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 26 de Maio. Aprova a estratégia nacional de luta contra a droga. *D. R. I Série-B*, N.º 122, 2972-3029. (58 p.)
4. Portal do Governo (2004a). *Apresentação da Lei de Bases da Educação no que se refere ao Ensino Superior*. [on-line]. Disponível: <http://www.portugal.gov.pt/Portal> (2004-06-18). (2 p.)
5. Portal do Governo (2004b). *Resolução que aprova medidas de desenvolvimento do Ensino Superior de saúde*. [on-line]. Disponível: <http://www.portugal.gov.pt/Portal> (2004-06-18). (3 p.)

#### • **Ministério da Saúde** (8 Documentos)

1. Ministério da Saúde (1990). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. *D. R. I Série*, N.º 195, 3452-3459. (8 p.)
2. Ministério da Saúde (1993). Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *D. R. I Série-A*, N.º 12, 129-134. (6 p.)

3. Ministério da Saúde (2003a). Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril. Criação do novo modelo de rede de prestação de Cuidados de saúde Primários. *D. R. I Série-A*, N.º 77, 2118-2127. (10 p.)
4. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2003b). *Contributos para um Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas*. [on-line]. Disponível: <http://www.dgsaude.pt> (2003-01-31). (113 p.)
5. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2003c). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida*. Lisboa: DGS. (14 p.)
6. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde, Associação para o Planeamento da Família, & Programa de Promoção e Educação para a Saúde (2004a). *Educação sexual e promoção da saúde nas escolas. Um projecto experimental*. [on-line]. Disponível: <http://www.apf.pt/activ/ppes.htm> (2004-05-31). (2 p.)
7. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2004b). *EURO 2004. Promoção de estilos de vida saudáveis*. Lisboa: DGS. (9 p.)
8. Ministério da Saúde (2004c). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume I – Prioridades; Volume II – Orientações estratégicas*. [on-line]. Disponível: <http://www.dgsaude.pt> (2004-04-30). (134 p.)

• **Ministério da Educação** (8 Documentos)

1. Ministério da Educação (1999a). Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. *D. R. I Série-A*, N.º 186, 5232-5234. (3 p.)
2. Ministério da Educação (1999b). Despacho n.º 15587/99 de 12 de Agosto. Cria a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde e suas incumbências. *D. R. II Série*, N.º 187, 11982. (1 p.)
3. Ministério da Educação (2000a). Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro. Promoção da educação sexual em meio escolar, saúde reprodutiva e planeamento familiar. *D. R. I Série-A*, N.º 240, 5784-5786. (3 p.)
4. Ministério da Educação e da Saúde (2000). Despacho Conjunto n.º 734/2000 de 18 de Julho. Determina a manutenção da parceria entre os ministérios para fomentar o desenvolvimento e alargamento da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), competências do Centro de Apoio Nacional (CAN) e sua composição. *D. R. II Série*, N.º 164, 11896. (1 p.)
5. Ministério da Educação (2004a). *Fazei-os crescer inteiros, plenos e felizes*. [on-line]. Disponível: <http://www.min-edu.pt> (2004-03-04). (2 p.)
6. Ministério da Educação (2004b). *Discurso do Ministro da Educação no Instituto de Defesa Nacional*. [on-line]. Disponível: <http://www.portugal.gov.pt> (2004-05-28). (3 p.)
7. Ministério da Educação (2004c). *Saúde escolar. Escolas Promotoras de saúde*. [on-line]. Disponível: <http://www.min-edu.pt> (2004-05-31). (2 p.)
8. Associação para o Planeamento da Família (2004). *Protocolo entre Ministério da Educação e a Associação para o Planeamento da Família*. [on-line]. Disponível: <http://www.apf.pt/novidades/protocolo.htm> (2004-05-31). (3 p.)

• **Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior** (6 Documentos)

1. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2003). *Discurso da Ministra Maria da Graça Carvalho na sessão solene da abertura do ano lectivo 2003/2004*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt> (2003-10-15). (6 p.)
2. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2004a). *Linhas Gerais Estratégicas. Eixos Prioritários. Ciência 2010 – Programa Operacional da Ciência e Inovação*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt> (2004-01-31). (7 p.)
3. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2004b). *Espaço Europeu do Ensino Superior. O Processo de Bolonha*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt> (2004-06-18). (2 p.)

4. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2004c). *Intervenção de sua Excelência a Ministra da Ciência e do Ensino Superior no Seminário sobre a Lei de Bases da Educação no CNE*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt> (2004-06-18). (3 p.)
5. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2004d). *Entrevista à Ministra da Ciência e do Ensino Superior*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt> (2004-06-18). (5 p.)
6. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2004e). *Notícias*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt> (2004-06-18). (2 p.)

- **Ordem dos Enfermeiros (6 Documentos)**

1. Ordem dos Enfermeiros (2003). Acreditação da formação em Enfermagem no contexto da atribuição de títulos profissionais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 9, 9-11. (3 p.)
2. Ordem dos Enfermeiros (2004a). Mensagem da tomada de posse da Bastonária da OE. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 12, 3-6. (4 p.)
3. Ordem dos Enfermeiros (2004b). Actualidade. Dia Internacional do Enfermeiro 2004 – Trabalhando com os pobres; contra a pobreza. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 12, 39-41. (3 p.)
4. Ordem dos Enfermeiros (2004c). *Equacionando: Direitos Humanos e necessidades em cuidados*. [on-line]. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt> (2004-06-16). (4 p.)
5. Ordem dos Enfermeiros (2004d). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem*. [on-line]. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt> (2004-06-16). (5 p.)
6. Ordem dos Enfermeiros (2004e). *DL 353/99. Regras gerais do Ensino de Enfermagem*. [on-line]. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt> (2004-06-16). (4 p.)

## 2.2) Internacionais

- **International Council of Nurses (17 Documentos)**

1. International Council of Nurses (1999). *Reducing Environmental and Lifestyle-related Health Hazards*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-06-18). (3 p.)
2. International Council of Nurses (2000a). *ICN on mobilising Nurses for Health Promotion*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-06-18). (3 p.)
3. International Council of Nurses (2000b). *Nurses and Primary Health Care*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-06-18). (2 p.)
4. International Council of Nurses (2000c). *Occupational health and safety for Nurses*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-05-13). (3 p.)
5. International Council of Nurses (2001a). *Guidelines on shaping effective health policy*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-05-12). (21 p.)
6. International Council of Nurses (2001b). *Mental health: stop exclusion – dare to care*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-06-18). (4 p.)
7. International Council of Nurses (2001c). *Promoting the value and cost-effectiveness of Nursing*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-05-13). (3 p.)
8. International Council of Nurses (2002). *Mental health: ICN position*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-06-18). (3 p.)
9. International Council of Nurses (2003a). *ICN offers guidance on global Nurse competencies*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-05-12). (2 p.)
10. International Council of Nurses (2003b). *Main health professions say stronger government action against tobacco is a must*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-06-18). (2 p.)
11. International Council of Nurses (2004a). *Equal opportunity: gender issues*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-05-12). (3 p.)
12. International Council of Nurses (2004b). *ICN on Health Ageing: a Public Health and Nursing challenge*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-05-12). (3 p.)

13. International Council of Nurses (2004c). *ICN on men's health*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-05-12). (4 p.)
14. International Council of Nurses (2004d). *ICN on poverty and health: breaking the link*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-05-12). (4 p.)
15. International Council of Nurses (2004e). *ICN on women's health: making strides from the Universal Declaration of Human Rights to the recognition of women's health rights*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-06-18). (4 p.)
16. International Council of Nurses (2004f). *Mainstreaming a gender perspective into the health services*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-05-12). (4 p.)
17. International Council of Nurses (2004g). *Safeguarding the Childhood of children*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch> (2004-05-12). (4 p.)

- **Organização Mundial de Saúde (8 Documentos)**

1. World Health Organization. Ministério da Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde. (7 p.)<sup>3</sup>
2. World Health Organization (1988). *Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis*. Lisboa: DGS. (11 p.)
3. World Health Organization (1991). *Declaração de Sundswall sobre ambientes favoráveis à saúde*. Lisboa: DGS. (8 p.)
4. World Health Organization (1997). *Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no século XXI*. Lisboa: DGS. (8 p.)
5. World Health Organization (1999). *21 Targets for the 21st Century and suggested areas for formulating indicators*. [on-line]. Disponível: <http://www.who.int.html> (2006-01-11). (26 p.)
6. World Health Organization (2000). *Fifth Global Conference for Health Promotion. Health Promotion: Bridging the equity gap. Report of the technical program*. [on-line]. Disponível: <http://www.who.int/hpr/conference/products/conferencereport/conferencereport.html> (2003-07-09). (28 p.)
7. World Health Organization (2003a). *Declaration of Alma-Ata*. [on-line]. Disponível: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html> (2003-07-09). (3 p.)
8. World Health Organization (2003b). *About us*. [on-line]. Disponível: <http://www.who.int/hpr/archive/oldhpr/aboutus.html> (2003-07-09). (2 p.)

- **União Europeia (5 Documentos)**

1. União Europeia (2002a). *Resolução de 23 de Novembro de 1988. Educação para a Saúde*. [on-line]. Disponível: <http://www.europa.eu.int> (2002-10-03). (2 p.)
2. União Europeia (2002b). *Documento conceptual sobre a execução do Eixo 1, relativo à informação e conhecimentos em matéria de saúde, do futuro programa de acção no domínio da Saúde Pública*. [on-line]. Disponível: <http://www.europa.eu.int> (2004-05-31). (18 p.)
3. União Europeia (2002c). *Decisão n.º 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de Setembro de 2002, que aprova um programa de acção comunitária no domínio da Saúde Pública (2003-2008)*. [on-line]. Disponível: <http://www.europa.eu.int> (2004-05-31). (10 p.)
4. União Europeia (2002d). *Programa de acção comunitária no domínio da Saúde Pública (2003-2008)*. [on-line]. Disponível: <http://www.europa.eu.int/comm/health/ph-programme/programme-pt.htm> (2004-05-31). (2 p.)
5. União Europeia (2002e). *Visão geral da política de saúde*. [on-line]. Disponível: <http://www.europa.eu.int/comm/health/ph-overview/overview-pt.htm> (2004-05-31). (2 p.)

---

<sup>3</sup> Texto utilizado para a criação do **Quadro de referência** de valores em PrS/EpS

### 3) Documentos reguladores dos Programas do Curso de Licenciatura em

Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real-UTAD (5 Documentos)

1. Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (1999a). *Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. (pp.1-18). Vila Real: ESEVR. (18 p.)
2. Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (1999b). *Programa das Unidades Curriculares do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Vila Real: ESEVR. (209 p.)
3. Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (2001). *Plano de desenvolvimento: Programa Educativo 2002/2006*. Vila Real: ESEVR. (48 p.)
4. Ministério da Educação (1999c). Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro. Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. *D. R. I Série-B*, N.º 219, 6510-(2)-6510-(3). (2 p.)
5. Ministério da Educação (2000b). Portaria n.º 720/2000 de 5 de Setembro. Aprova o Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. *D. R. I Série-B*, N.º 205, 4703-4704. (2 p.)

### 4) Documentos de ensino em Saúde Pública/Saúde Comunitária (8 Documentos)

1. Associação Portuguesa de Enfermeiros (2003). *Desenvolvimento de um Programa Contínuo de Formação Profissional em Saúde Pública, destinado a enfermeiros da União Europeia*. Lisboa: APE. (66 p.)
2. Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (2003a). *Guia de Orientação de Estágio*. Vila Real: ESEVR. (9 p.)
3. Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (2003b). *Guia de Avaliação do Estágio*. Vila Real: ESEVR. (3 p.)
4. Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. Conselho Científico (2004). *Plano Orientador da Formação ano lectivo 2004/2005*. Vila Real: ESEVR. (36 p.)
5. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Centro. Sub-Região de Saúde de Viseu (2000). *Enfermagem e «Midwife»*. *Health 21 - «Saúde 21»*. (Versão abreviada). Viseu: SRSV. (44 p.)
6. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2003d). *Saúde na comunidade – Guia orientador para elaboração de indicadores*. Lisboa: DGS. (36 p.)
7. Ministério da Saúde (2004c). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume I – Prioridades; Volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: MS. (134 p.)
8. Ministério da Saúde (2006). *Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: MS. (48 p.)

## 3.2. Tipo de estudo

O tipo de estudo descreve a estrutura metodológica, utilizada para responder às questões de investigação ou hipóteses, visando descrever variáveis, explorar e analisar relações entre variáveis e ainda testar hipóteses (Padilla & Haro, 2000).

O objectivo geral do presente estudo é comparar o sistema de valores em PrS/EpS veiculados em cursos na área da saúde, Ensino Pré-escolar, Ensino Básico e Serviço Social, a fim de compreender a relação entre as concepções a ensinar e as concepções ensinadas.

Tendo em conta as considerações acima referidas, classificamos este estudo como descritivo, comparativo e transversal com uma componente correlacional (Duhamel & Fortin, 1999; Fortin & Ducharme, 1999; Parahoo, 2006), uma vez que: *i*) descrevemos e caracterizamos o fenómeno dos valores e das práticas de EpS, *ii*) fizemos comparações entre os sete cursos (dando especial enfoque ao curso E-VR) e anos (1º e 4º anos), e *iii*) analisámos relações entre as variáveis relativas ao tipo de conceitos, conhecimentos, valores e práticas no âmbito da EpS.

Pretendeu-se obter informação mais aprofundada, mais explicativa e interpretativa através da análise de conteúdo dos textos de apoio aos alunos e das entrevistas efectuadas aos docentes de Saúde Pública do curso de E-VR da ESEVR-UTAD.

### **3.3. População**

No que diz respeito às entrevistas, a população do presente estudo é constituída por quatro docentes da área da Saúde Pública/Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real-UTAD (ESEVR-UTAD).

O questionário foi aplicado a um total de 1150 indivíduos, os alunos do 1º e do 4º ano dos cursos de Licenciatura em:

- E-VR: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, em Vila Real;
- E-BR: Enfermagem da Universidade do Minho, em Braga;
- E-PO: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João, no Porto;
- MED: Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), da Universidade do Porto;
- PEB: Professores do Ensino Básico do 1º Ciclo, do Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho (IEC-UM), em Braga;
- EI: Educação de Infância do Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho (IEC-UM), em Braga;
- SSO: Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa (FCSUCP), em Braga.

A escolha desta população de docentes e de alunos obedeceu aos seguintes critérios:

1. Especificidade: O curso de E-VR é o principal objecto de estudo desta tese, na qual se procura analisar a transposição didáctica a nível das concepções a ensinar (docentes) e as ensinadas (alunos) em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde (PrS/EpS). Daí que a população inclua os docentes da ESEVR-UTAD da área de Saúde Pública/Saúde

Comunitária e os alunos à entrada (1º ano) e à saída (4º ano) do processo de ensino-aprendizagem desta escola;

2. Diversidade: Procurou-se incluir cursos, que formam actores, que intervêm nos processos de PrS/EpS, quer da área da saúde (Enfermagem e Medicina), quer na área do ensino (Educação de Infância e Ensino Básico), bem como na área do apoio social (Serviço Social), para podermos comparar os conceitos, valores e práticas na área da Saúde Pública e PrS/EpS, analisando as semelhanças e as diferenças entre os alunos destes cursos;

3. Área de abrangência: Decidimos abranger os principais núcleos de formação da Região Norte de Portugal, especificamente, o distrito de Vila Real (Interior) e os distritos do Porto e de Braga (Litoral). No que se refere aos cursos de Licenciatura em Enfermagem, seleccionámos a escola pública de Vila Real (E-VR), pela razão já descrita, e as de E-BR e E-PO, devido à boa acessibilidade que tivemos a estas instituições. O Curso de MED do ICBAS, os cursos de EI e PEB do IEC-UM e de SSO da FCSUCP, uma vez que se disponibilizaram em tempo útil, a participar no estudo.

A selecção dos docentes a serem entrevistados teve como único critério a prática da actividade docente na área da Saúde Pública/Saúde Comunitária na ESEVR-UTAD, tendo sido entrevistados a totalidade dos docentes nesta condição como se menciona no ponto 3.4.1.

A todos os alunos do 1º e do 4º ano dos sete cursos, que participam no estudo, solicitamos a resposta a um questionário como se refere no ponto 3.4.2.

### **3.4. Instrumentos de recolha de dados**

Como referimos acima os dados foram recolhidos através da realização de entrevistas semi-estruturadas aos docentes da área de Saúde Pública/Saúde Comunitária da ESEVR-UTAD e através da utilização de um questionário de auto-preenchimento, construído pelo investigador para esse efeito, que foi aplicado aos alunos. Procedemos, pois, a uma triangulação de fontes e de métodos, uma vez que se combinaram duas fontes distintas de dados e dois métodos de investigação, a abordagem qualitativa e a quantitativa (Reidy & Mercier, 1999; Parahoo, 2006).

As razões de termos recorrido à entrevista semi-estruturada, prendem-se com o facto deste instrumento ser útil no estudo de tópicos sensíveis (valores) e aumentar a taxa de respostas nas perguntas abertas (conceitos), permitir comparações entre respondentes no

mesmo estudo, aumentar a validade das respostas, uma vez que o investigador, pode clarificar as questões e as respostas com os respondentes e, ainda, pela possibilidade de avaliar atitudes e reacções dos entrevistados (Parahoo, 2006).

Optamos pela aplicação de questionários à população de alunos dos diversos cursos, fundamentalmente pelas seguintes razões: os questionários podem atingir um grande número de pessoas dispersas por uma grande área geográfica, de forma fácil, rápida e a baixo custo; os dados recolhidos estando no mesmo formato, podem ser comparados sem dificuldades e podem ser pré-codificados e depois fácil e rapidamente analisados; sendo auto-administrados, têm a vantagem de manter o anonimato e permitem aos intervenientes responder no seu próprio tempo e segundo a sua conveniência. Por outro lado, trata-se de uma população homogénea e alfabetizada e este instrumento permite obter informação descritiva e objectiva, que responde aos objectivos traçados (Gil, 1995; Munn & Drever, 1995; Parahoo, 2006).

#### **3.4.1. Entrevista semi-estruturada**

Para a entrevista semi-estruturada foi elaborado um guião de entrevista (Anexo II), com um total de 20 perguntas, organizadas em três partes:

1. Caracterização da actividade docente com referência ao tempo de serviço e aos conteúdos leccionados (Questões 1 a 2.2);
2. Abordagem aos conhecimentos acerca dos conceitos de Saúde, Doença, Saúde Pública, Saúde Escolar e Saúde Infantil e opinião dos entrevistados sobre a diferença entre os termos PrS e EpS (Questões 3.1 a 7.2.2.);
3. Opinião acerca dos valores veiculados pela PrS/EpS, forma, contextos e estratégias de abordagem dos valores, práticas de avaliação dos alunos pelos valores demonstrados e, conhecimento dos seis eixos de valores em PrS/EpS identificados, no Quadro de Referência deste estudo e sua abordagem nas actividades de ensino-aprendizagem (Questões 8.1 a 11.1.).

#### **3.4.2. Questionário**

Após uma primeira formulação do questionário e decorrida uma fase de refinamento das questões, este foi aplicado, a título experimental, a um grupo de alunos da ESEVR-UTAD e do IEC-UM, com características muito semelhantes à da população em estudo. Este teste piloto serviu para refinar o instrumento com o objectivo de (Gil, 1995; Parahoo, 2006):



- Verificar se os respondentes compreenderam as instruções de preenchimento;
- Verificar a possibilidade de colheita dos dados pretendidos;
- Avaliar a adequação da operacionalização das variáveis;
- Identificar questões mal formuladas ou ambíguas;
- Verificar se os respondentes compreenderam as questões da mesma maneira;
- Avaliar a extensão do questionário.

Este estudo piloto foi realizada no dia 23 de Setembro de 2004, com um grupo de 58 alunos do 2º ano do curso E-VR e durante a segunda quinzena de Setembro do mesmo ano, com um grupo de 38 alunos do 2º ano do curso de EI e 28 alunos também do 2º ano do Curso de PEB do IEC-UM, num total de 124 alunos, que correspondem a 10,8% da população, que se pretende estudar.

Em resultado deste teste piloto, houve necessidade de proceder a ligeiras alterações ao questionário, tendo surgido a versão definitiva, que pode ser consultada em anexo (Anexo III). O questionário final ficou constituído por 64 questões das quais 6 são abertas, 1 semi-aberta e 57 são fechadas. Optou-se por uma grande maioria de questões fechadas para evitar as não respostas, que são muito frequentes nas questões abertas e, ainda, pela vantagem da facilidade de codificação, introdução e análise de dados das perguntas fechadas (Parahoo, 2006).

As questões foram formuladas de forma a serem claras, com uma linguagem adequada à população alvo: os alunos do 1º e 4º ano dos sete cursos do ensino superior envolvidos no presente estudo. Foi estruturado para fornecer as seguintes informações:

1. Representação mental do conceito de Saúde (Questão 1) e imagem visual deste conceito (Questões 7.1 e 7.2);
2. Importância atribuída pelos alunos aos conceitos de Saúde, Saúde Pública, Saúde Escolar, PrS e EpS e diferenciação entre os conceitos de PrS e de EpS (Questões 2, 3, 8, 9, 9.1 e 9.2);
3. Percepção dos alunos acerca dos valores que permeiam a PrS/EpS, localização do seu posicionamento nos seis Eixos de valores identificados e em relação às dimensões da EpS (Questões 14, 14.1, 15, 4.1 a 4.5, 5.1 a 5.7, 6.1 a 6.5, 10.1 a 10.5, 11.1 a 11.7 e 12.1 a 12.7);
4. Caracterização do comportamento nas práticas de EpS (Questões 13.1 a 13.3);

5. Caracterização por sexo, idade, área de residência na infância, frequência de disciplinas, grau de crença em Deus, prática religiosa e religião professada, tendência política, profissão e escolaridade dos pais (Questões 16 a 22.2.).

### 3.5. Recolha de dados

No que se refere à realização das entrevistas aos docentes de Saúde Pública/Saúde Comunitária, da ESEVR-UTAD, começamos por fazer um contacto pessoal prévio com os docentes alvo, a fim de lhes pedir a sua anuência e colaboração, informar acerca da temática da entrevista e da intenção de a gravar, bem como agendar o dia, hora e local onde as mesmas iriam decorrer.

As entrevistas foram realizadas no período de 17 de Setembro de 2004 a 18 de Outubro de 2004, na data e hora marcada e em ambiente adequado para o efeito. Efectuaram-se quatro entrevistas, que correspondem ao número total de docentes, na área de Saúde Pública, daquela escola, para além do próprio investigador, sendo este o único critério de selecção. A caracterização sumária das entrevistadas apresenta-se no Quadro 3.1.

**Quadro 3.1** – Caracterização das entrevistadas

<b>Características/ Entrevistada</b>	<b>Sexo</b>	<b>Habilitações académicas</b>	<b>Categoria profissional</b>	<b>Tempo de docência</b>
<b>A</b>	Feminino	Mestrado	Prof. Adjunta	15 Anos
<b>B</b>	Feminino	Licenciatura	Assistente	1 Ano
<b>C</b>	Feminino	Mestrado	Prof. Adjunta	18 Anos
<b>D</b>	Feminino	Licenciatura	Prof. Coordenadora	24 Anos

No que diz respeito à aplicação dos questionários, após ter sido concedida autorização para proceder à colheita de dados, pelos Presidentes dos Conselhos Directivos das Escolas/estabelecimentos participantes no estudo (Anexo IV), foi agendada uma data para colheita de informação, que se desenrolou numa primeira fase, de 8 de Outubro a 17 de Dezembro de 2004, em seis dos estabelecimentos envolvidos. No caso dos alunos do curso de MED do ICBAS, só foi possível realizar a recolha de dados na semana de 5 a 12 de Abril de 2006, devido à demora do deferimento da autorização, que só após muita insistência foi conseguida.

Para a aplicação dos questionários, contactou-se telefonicamente os Presidentes dos Conselhos Científicos ou Pedagógicos dos Estabelecimentos de Ensino, aos quais se forneceram informações acerca do estudo e dos dados pretendidos. Pediu-se que o docente que aplicasse o questionário informasse os respondentes sobre o anonimato bem como sensibilizasse os alunos para o preenchimento de todo o questionário, salientando a importância da resposta a todas as questões para a realização do estudo.

Na aplicação efectiva deste instrumento verificaram-se três situações distintas: nos cursos de EI e PEB e SSO os questionários foram enviados, aplicados pelos docentes dos próprios cursos e devolvidos ao investigador; nos cursos de Enfermagem o investigador levou, aplicou e recolheu os questionários na data agendada para o efeito; e no curso de MED, o investigador levou e recolheu os questionários, que foram aplicados pelos docentes do curso, no caso da turma do 1º ano e pelo investigador, no caso dos alunos do 4º ano.

### **3.6. Tratamento dos dados**

#### **3.6.1. Entrevistas**

As entrevistas foram gravadas e integralmente transcritas. De seguida, procedemos à análise de conteúdo das transcrições, que foi efectuada em quatro fases: na primeira fase procedeu-se à sua organização, tendo-se para o efeito, efectuado várias leituras sucessivas, entrevista a entrevista, linha-a-linha, a fim de possibilitar uma inventariação das categorias. Registaram-se anotações à margem dos documentos; na segunda fase teve lugar a codificação dos dados, processo em que os dados foram transformados e agregados em unidades; numa terceira fase procedeu-se à criação de categorias e subcategorias emergentes; na quarta e última fase, teve lugar a escrita descritiva e interpretativa dos padrões emergentes, na qual se constituiu um quadro resumo para facilitar a análise e leitura dos referidos padrões (Drever, 1995; Strauss & Corbin, 1998; Dubouloz, 1999; Amado, 2000).

Para os conceitos emergentes da análise de conteúdo criaram-se diversas categorias (Quadro 3.2) que de seguida se explicitam com base em referências internacionais.

**A) Saúde** - No que diz respeito ao conceito de saúde constituíram-se dez categorias:

**Conceito dinâmico** – Quando refere que a saúde é um equilíbrio dinâmico, existindo diferentes níveis de saúde e de doença (Sanmartí, 1985: 17);

**Conceito estático** – Se refere que uma pessoa é saudável quando goza de completo bem-estar físico, mental e social (Sanmartí, 1985: 14);

**Conceito holístico** – Inclui a maior parte das dimensões que o ser humano possui (Sanmartí, 1985: 14);

**Conceito reducionístico** – Faz referência a menos de três dimensões do ser humano (Sanmartí, 1985: 14);

**Conceito moderno** – Conceito equivalente ao de Déjours (1986: 7), que diz que a saúde é “*A capacidade de cada homem, mulher ou criança, criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar*”. Neste tipo de conceito consideramos três características: todos os homens têm potencialidades a desenvolver, as suas capacidades possibilitam-no interagir com o meio e essa interacção é no sentido positivo;

**Quadro 3.2** – Categorização dos conceitos analisados

<b>Conceitos</b>	<b>Categorias</b>
A) Saúde	- Dinâmico - Estático - Holístico - Reducionístico - Moderno - Antigo - Positivo - Negativo - Objectivo - Subjectivo
B) Doença	- Dinâmico - Estático - Multidimensional - Unidimensional - Negativo - Objectivo - Subjectivo
C) Saúde Pública	- Abrangente - Reducionista
D) Saúde Escolar	- Abrangente - Reducionista
E) Saúde Infantil	- Completo - Incompleto
F) Promoção da Saúde	- Abrangente - Misto - Reducionista
G) Educação para a Saúde	- Activo - Passivo

**Conceito antigo** – Baseia-se no conceito da OMS (1946), que define saúde como “*O estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidades*” (Sanmartí, 1985: 14);

**Conceito positivo** – Quando se equipara a saúde ao bem-estar (Sanmartí, 1985: 14);

**Conceito negativo** – Quando define saúde como a ausência de doença (Sanmartí, 1985: 13);

**Conceito objectivo** – Se faz referência à capacidade de funcionamento da pessoa manifestada em diferentes graus de desempenho dos seus papéis (Sanmartí, 1985: 14);

**Conceito subjectivo** – Se faz referência à sensação de bem-estar em diferentes graus (Sanmartí, 1985: 14).

**B) Doença** - Segundo Andrade (2001: 17), a doença é “*Parte da biologia, ou seja, da ecologia humana, já que resulta do impacto entre o homem e o seu mundo circundante, do equilíbrio ecológico na adaptação do indivíduo perante a multiplicidade de factores causais provenientes do seu exterior, e não só*”. Partindo deste princípio, categorizamos o conceito de doença em sete categorias que passamos a apresentar:

**Conceito dinâmico** – Quando o conceito indica que existem diferentes níveis de doença ao longo de um continuum;

**Conceito estático** – Quando considera a pessoa doente, na ausência total de saúde;

**Conceito objectivo** – Se faz referência às capacidades da pessoa que ficam afectadas pela doença;

**Conceito subjectivo** – Se faz referência à sensação de mal-estar;

**Conceito multidimensional** – O conceito refere que a doença afecta as várias dimensões do ser humano;

**Conceito unidimensional** – O conceito faz referência, apenas, a uma das dimensões do ser humano;

**Conceito negativo** – Quando o conceito refere que a doença é a ausência de saúde.

**C) Saúde Pública** - No dizer de Ferreira (1990: 5), é “*A ciência e a arte de manter, proteger e melhorar a saúde do povo através de esforços organizados da comunidade*”.

**Conceito abrangente** - Quando faz referência a pelo menos um dos seguintes aspectos: melhorar a saúde de toda a população e implicar a participação dos vários actores comunitários, fazendo referência à intersectorialidade da saúde;

**Conceito reducionista** - Quando faltavam estas duas características.

**D) Saúde Escolar** - É *“Todo o processo que contribui para o desenvolvimento da capacidade, da criatividade e da competência de cada indivíduo para que possa confrontar-se consigo próprio, enfrentar desafios, desenvolver comportamentos saudáveis, colaborar na sua modificação se necessário, e, resolver os seus próprios problemas”* (Mendes & Antunes, 2004: 31).

**Conceito abrangente** - Quando o entrevistado expressava um conceito equivalente ao acima citado, fazendo referência às seguintes características: que a Saúde Escolar é um processo, que desenvolve capacidades e competências e que permite a autonomia na resolução dos problemas;

**Conceito reducionista** - Quando não fazia referência a nenhuma destas características ou fazia referência a um conjunto de actividades de promoção de saúde, baseadas na transmissão de conhecimentos, dirigidas às crianças em idade escolar.

#### **E) Saúde Infantil:**

**Conceito completo** - Quando fazia referência ao contexto mais amplo da Saúde Pública onde se insere, ao objectivo de vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança e à idade abrangida por esta especialidade;

**Conceito incompleto** - Quando lhe faltavam duas destas três características era classificado como **incompleto** (Sanmartí, 1988: 891).

**F) Promoção da Saúde (PrS)** - Adoptamos o conceito de PrS apresentado pela OMS na Carta de Ottawa (WHO, 1986: 2), que a define como *“O processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la”*.

**Conceito abrangente** - Quando apresentava os seguintes elementos: processo caracterizado por metodologia participativa, visa criar condições às pessoas para que possam ser «os sujeitos das acções» para melhorar a saúde e potencia a autonomia;

**Conceito misto** - Quando a definição apresentava aspectos do conceito abrangente, nomeadamente, a participação comunitária, misturados com aspectos do conceito reducionista;

**Conceito reducionista** - Se faltavam dois destes elementos ou quando as entrevistadas afirmavam que a PrS era um conjunto de actividades que promovem comportamentos saudáveis, desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

**G) Educação para a Saúde (EpS)** - No que se refere à EpS adoptamos o conceito de Rochon (1996: 6), que afirma que a EpS é *“Toda aquela combinação de experiências de aprendizagem planeada, destinada a facilitar as mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis”*.

**Conceito activo** - Quando fazia alusão à participação activa das pessoas, considerando a EpS como um processo interactivo;

**Conceito passivo** - Quando a definição continha aspectos associados a um papel passivo do grupo alvo.

### **3.6.2. Questionários**

Os dados provenientes dos questionários foram introduzidos numa base de dados própria, criada para o efeito, no pacote estatístico especial para tratamento de dados em Ciências Sociais (SPSS versão 13.0) (Pestana & Gageiro, 2003).

Para verificar se as variáveis em estudo, que constam da base de dados, tipo escala de avaliação, submetidas a análise, cumpriam os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos, ou seja apresentarem distribuições relativamente normais e homogeneidade de variâncias utilizamos, respectivamente, o teste de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov e o teste de Levene (Guimarães & Cabral, 1997; Pestana & Gageiro, 2003). Quando as referidas variáveis não cumpriam os pressupostos e os grupos em análise não tinham 30 ou mais casos, recorreremos aos testes não paramétricos.

No tratamento, propriamente dito, para avaliar diferenças entre amostras e relações entre duas variáveis, recorreremos aos testes estatísticos, que figuram no quadro 3.2. Os critérios subjacentes à selecção do teste estatístico adequado a cada cruzamento foram o nível de medição da variável dependente, o número de amostras/grupos da variável independente e o tipo de amostra (Gameiro, 1998; Harel, 1999; Hill & Hill, 2000; Pestana & Gageiro, 2003).

**Quadro 3.3** – Quadro guia para a selecção dos testes de hipóteses bivariadas

Nível de medição da variável dependente	N.º de amostras da variável independente	Tipo de amostras	Diferenças entre amostras	Relação entre variáveis
Intervalar ou rácio	2	Independente	Teste t p/ amostras Ind.	Coeficiente de correlação de Pearson
	3	Independente	ANOVA	
Ordinal	2	Independente	U de Mann-Whitney	Coeficiente de correlação de Spearman
		Independente	H de Kruskal-Wallis	
	Dependente	Friedman		
Nominal dicotómica	2	Independente	$\chi^2$	Coeficiente de Phi e Cramér

Fonte: Adaptado de Gameiro, 1998.

No teste de  $\chi^2$  para verificar onde se situavam as diferenças recorreremos aos Resíduos Ajustados (RA). O RA é dado pelo quociente da diferença entre os valores observados (VO) e os valores esperados (VE) com a estimativa do seu erro amostral (Ea):  $RA = (VO - VE)/estimativa\ Ea$ . Deste modo, os RA serão positivos sempre que o VO for maior que o VE, e negativos quando o VO for menor que o VE.

Os RA na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da hipótese de independência entre as variáveis. As categorias das variáveis que mais contribuem para explicar a relação existente, apresentam resíduos inferiores a -1,96 ou superiores a +1,96. A utilização deste teste estatístico permite confirmar se a diferença entre o VO e o VE é considerada significativamente diferente no universo, ou se pelo contrário, resulta de erros amostrais (Pestana & Gageiro, 2005).

Em seguida apresenta-se o tipo de tratamento estatístico aplicado aos diversos itens do questionário, cujos resultados são apresentados no respectivo capítulo.

### 3.6.2.1. Caracterização dos respondentes

Procedemos à distribuição das frequências absolutas do universo, da amostra e da % de respondentes, a nível do 1º e do 4º ano de cada curso envolvido no estudo.



Aplicamos o teste de  $\chi^2$  para verificar se existiam diferenças estatísticas significativas entre as proporções do “Sexo” feminino e masculino, as proporções das “Classes etárias”, as proporções das categorias da variável “Residência durante a infância”, da variável “Prática religiosa” e da variável “Nível sócio-económico” dos diversos cursos.

Efectuamos, ainda, cruzamentos entre a variável “Classe etária” com a variável “Sexo” e a variável “Residência durante a infância” com a variável “Prática religiosa” por ano, a nível do curso de E-VR.

### **3.6.2.2. Conceito de Saúde, Promoção da Saúde, Educação para a Saúde e conceitos interligados**

#### *(i) Representação mental do conceito de saúde*

Recorremos à distribuição das frequências relativas das palavras-chave utilizadas pelos alunos para representar o termo Saúde, por curso e no total da amostra, tendo-se salientado as primeiras cinco mais indicadas.

#### *(ii) Evolução do conceito de saúde*

Procedemos à distribuição das frequências relativas das palavras-chave por ano do curso, tendo-se verificado a evolução do conceito do 1º para o 4º ano; efectuamos ainda a distribuição da amostra quanto à imagem que melhor representava a noção de saúde, de entre um grupo de quatro imagens, por ano dos cursos.

Utilizamos o teste de  $\chi^2$  para analisar a existência de diferenças estatísticas entre as proporções de alunos dos diferentes cursos, entre as proporções do 1º e do 4º ano do total da amostra e de cada curso, que optaram por cada uma das imagens, que representavam a noção de saúde.

#### *(iii) Importância atribuída aos conceitos*

Recorremos à distribuição das frequências relativas das frases consideradas mais importantes de cada um dos conceitos pelos alunos de cada curso e calculamos a

valorização atribuída a cada conceito, através da fórmula apresentada por Vallejo (2002: 85) que se baseia nos *rankings* atribuídos a cada uma das quatro frases de cada conceito:

$$V = 100 - (\Sigma R - N / NK - N) \times 100.$$

Em que:

$\Sigma R$  - Soma do *ranking* de cada frase (N.º de vezes x posição);

N - Número de sujeitos de cada grupo/curso;

K - Número de frases que se ordenam;

V – Valorização arredondada às décimas.

Esta valorização é independente do número de respondentes e do número de elementos (frases) que se ordenam. Salienta-se que esta fórmula tem em conta as frequências obtidas pelas quatro frases. A escala de 0 a 100 é facilmente interpretável e permite a representação gráfica.

Efectuamos, ainda, a distribuição da amostra quanto às frases consideradas mais importantes de cada conceito em função do ano de cada curso (%).

Aplicámos o teste de Friedman para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas, na importância atribuída a cada uma das quatro frases, associadas a determinado conceito, entre os alunos dos diferentes cursos e entre o 1º e o 4º ano do mesmo curso.

Este teste não paramétrico aplica-se quando existem três ou mais (4 neste estudo) condições de emparelhamento, onde cada variável é classificada numa escala de nível, pelo menos, ordinal. As respostas dos sujeitos em todas as variáveis são comparadas para detectar, por exemplo, diferenças nas preferências das pessoas. Baseia-se nas ordens de cada caso, comparando as pontuações médias de cada variável. As ordens referem-se às posições 1, 2, 3 e 4 neste caso.

As hipóteses que o teste de Friedman pretende testar referem-se à existência ou não de preferências ou da importância atribuída a determinado objecto. Assim, neste caso:

$H_0$  – Não há diferença na importância atribuída às frases;

$H_1$  – Há diferença na importância atribuída às frases.

Não se rejeita  $H_0$  se as ordens ocorrerem com iguais frequências na amostra. Se o valor de  $p < 0,05$ , rejeita-se  $H_0$  e conclui-se que a importância atribuída às frases é diferente. Note-se que as classificações mais elevadas (média dos *rankings*) correspondem às frases consideradas menos importantes e vice-versa, ou seja maiores classificações, menor importância atribuída.

(iv) Tipos de conceitos de Promoção da Saúde/Educação para a Saúde

A tipificação dos conceitos de PrS e EpS, foi obtida de modo indirecto e, baseou-se nas respostas dos alunos participantes no estudo à questão 9.2. do questionário, que solicitava a atribuição de *scores* a frases relativas ao conceito de PrS (2 frases Abrangentes e 2 Reducionistas) e ao conceito de EpS (2 frases Activas e 2 Passivas), de acordo com o grau de importância atribuído às mesmas. O *score* 1 para a mais importante até ao *score* 4 para a menos importante.

O procedimento envolveu os seguintes passos:

1) Recodificação das respostas à questão 9.2., tendo sido invertidos os *scores*. Assim, a frase considerada mais importante passou a ter um *score* de 4 pontos e a menos importante 1 ponto;

2) De seguida através da janela Compute do SPSS foram somados os *scores* das frases activas (variáveis) e das frases passivas (variáveis), duas a duas;

3) No passo seguinte, foi efectuada a diferença entre a soma das frases abrangentes (ou activas) e a soma das frases reducionistas (ou passivas);

4) Por último, foi efectuada a tipificação dos conceitos, tendo como critério o resultado da diferença efectuada no passo anterior. Assim, se o resultado foi negativo, o participante atribuiu maior importância, às duas frases Reducionistas (conceito de PrS) ou às frases Passivas (Conceito de EpS) e então estamos na presença de um conceito de PrS Reducionista ou de um conceito de EpS Passivo; se o resultado deu zero, o participante atribuiu os maiores *scores* a duas frases, que não pertencem ao mesmo tipo e, por isso, estamos na presença de um conceito misto; se o resultado foi positivo, o participante atribuiu maior importância às duas frases Abrangentes (Conceito de PrS) ou às frases Activas (Conceito de EpS) e então estamos na presença de um conceito de PrS Abrangente ou de um conceito de EpS Activo.

Recorremos à distribuição da amostra quanto aos tipos de conceito de PrS/EpS por ano dos cursos, distribuição da amostra quanto à questão 9. “Os termos PrS e EpS são diferentes?”, por ano dos cursos e da questão 9.3 relativa ao enquadramento de um grupo de quatro frases no âmbito da PrS ou da EpS.

Depois de efectuados os passos descritos acima, aplicámos o teste estatístico de  $\chi^2$  para analisar diferenças entre proporções de alunos tipificados nos diferentes tipos de conceitos de PrS e EpS dos sete cursos, entre as proporções do 1º e o 4º ano de cada

curso e entre as proporções dos respondentes à questão “Os termos PrS e EpS são diferentes?”.

### 3.6.2.3. Eixos de valores em Promoção da Saúde e em Educação para a Saúde:

tendências dos alunos

A fim de avaliar, a posição dos alunos dos diversos cursos, face a cada um dos pólos dos seis Eixos de valores em PrS/EpS, optamos por perguntas fechadas dicotómicas, para evitar que os respondentes assumissem posições neutras. Deste modo, tiveram que escolher entre um pólo ou o outro, que se situam em extremos opostos.

Num primeiro passo, procedemos à recodificação das variáveis, atribuindo o *score* 1 ao pólo negativo (Tomando como exemplo o Eixo Social/individual – Pólo Individual) e o *score* 5 ao pólo positivo (Pólo Social). De seguida, através da janela Compute do SPSS, somaram-se os *scores* de cada grupo de variáveis (itens), referente a cada eixo de valores, caso a caso e, dividiu-se pelo número de variáveis. Obteve-se um *score* final, que nos dá uma ideia do posicionamento do aluno, em relação a cada eixo de valores. O ponto de corte considerado foi o *score* 3. Por último, tipificaram-se os alunos de cada curso, tendo em conta o *score* obtido. Se menor que três, foi categorizado como pertencendo ao Pólo Individual; no caso de ser maior ou igual a três, foi categorizado no Pólo Social. Foram, ainda, aplicados testes estatísticos ao *score* final.

Efectuamos a distribuição da amostra quanto à questão 14 “A EpS tem valores a promover?”, por curso e ano do curso; distribuição quanto aos valores que na opinião dos alunos são veiculados pela EpS no total da amostra; distribuição quanto ao posicionamento dos alunos nos Eixos de valores por curso; e da média dos *scores* de cada conjunto de itens que constituíam cada Eixo de valores por curso e ano do curso.

Aplicamos o teste de  $\chi^2$  para avaliar diferenças estatísticas entre as proporções de alunos, que consideram que a EpS veicula valores e daqueles que consideram que isso não acontece, a nível dos cursos e do ano do curso e os testes ANOVA e t Student para avaliar as diferenças entre as médias dos *scores* dos alunos dos diversos cursos, entre o 1º e o 4º ano no total da amostra e entre o 1º e o 4º ano de cada curso.

Procedeu-se, ainda, à Análise de Multicorrespondência (MCA), técnica exploratória que é aplicada quando se pretende estudar a relação entre duas ou mais variáveis nominais e representá-las em poucas dimensões. Esta análise permite criar tipologias ou

grupos, neste caso de alunos, agregando de forma homogénea as categorias com *scores* do mesmo sinal para cada dimensão.

A MCA poderá envolver variáveis ditas activas e variáveis suplementares. Utilizámos como variáveis activas, os itens que constituem o grupo de questões relativo a cada eixo de valores e como variáveis suplementares o Curso, o Ano e a Prática religiosa. As variáveis Curso e Ano foram utilizadas, porque fazem parte da matriz analítica deste estudo e a variável Prática religiosa, porque considerámos ser um factor com fortes implicações no campo dos valores.

Substituímos o número máximo de dimensões em cada eixo por três, que segundo Pestana e Gageiro (2003), corresponde ao número de dimensões, tido como adequado, para analisar os dados. Procedemos, apenas, à apresentação da tipologia referente à primeira dimensão, pois, é aquela que mais contribui para explicar a variabilidade contida nos dados e para tornar o discurso menos monótono. Sempre que acharmos pertinente faremos referência a alguns aspectos das outras duas dimensões.

#### **3.6.2.4. Dimensões do conceito de Educação para a Saúde**

A fim de avaliar as dimensões dos valores em EpS criamos uma Escala Diferencial Semântica (EDS). Esta escala é utilizada de forma específica para avaliar o significado atribuído por um indivíduo a uma atitude ou a um dado objecto, que no presente estudo é a EpS. É uma escala bipolar, geralmente com 7 pontos, formada por pares de adjectivos opostos, no qual o *score* 1 corresponde à resposta mais negativa e 5 ou 7 à resposta mais positiva. Optou-se por uma escala com o máximo de 5 pontos, para tornar mais fácil ao participante responder. O sujeito escolhe o ponto na escala, que melhor descreve o seu ponto de vista em relação a um conceito. É constituída por adjectivos, tais como, bom/mau, importante/não importante, etc. (Fortin, Grenier & Nadeau, 1999; Vallejo, 2002).

Cada linha representa uma escala. Os valores obtidos em cada escala são adicionados para constituir um *score* global para cada sujeito. Cada conceito deveria fornecer três dimensões: a Valoração, a Força e a Actividade (Fortin, Grenier & Nadeau, 1999).

Esta EDS é composta por três sub-escalas, que correspondem, respectivamente, à dimensão Valoração, Força e Actividade do conceito de EpS. Cada uma das sub-escalas era constituída por dez pares de adjectivos (itens).

Procedemos à validação do construto da escala através da Análise Factorial Exploratória e da consistência interna através do Alfa de Cronback, (Pestana & Gageiro, 2005; Hair, Black, Babin, Anderson & Tathan, 2005), tendo resultado uma versão final da EDS (Fig. 3.2).

No que se refere à validade de construto, o método de extracção de factores utilizado foi o das componentes principais, que não exige a normalidade das variáveis (Pares de adjectivos) (Pestana & Gageiro, 2003). No entanto, parte-se do pressuposto, tendo em conta a dimensão da amostra (N= 709), que as variáveis têm uma distribuição normal. Optou-se, ainda, pelo método de rotação Varimax.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE						
Par 1	Útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inútil
Par 2	Não importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Importante
Par 3	Objectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Subjectiva
Par 4	Má	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boa
Par 5	Compreensível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incompreensível
Par 6	Desagradável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agradável
Par 7	Interessante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desinteressante
Par 8	Culpabilizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tolerante
Par 9	Salutogénica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patogénica
Par 10	Literacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iliteracia
Par 11	Ineficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eficaz
Par 12	Limitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilimitada
Par 13	Clarificadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não clarificadora
Par 14	Não prescritiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prescritiva
Par 15	Autocrática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Democrática
Par 16	Realista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingénua
Par 17	Reduccionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Holística
Par 18	Global	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Individual
Par 19	Acrítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crítica
Par 20	Consistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconsistente
Par 21	Interactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unidireccional
Par 22	Ocasional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistemática
Par 23	Intencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não intencional
Par 24	Informal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formal
Par 25	Planeada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não planeada
Par 26	Conservadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inovadora
Par 27	Processo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actividade
Par 28	Não participativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participativa
Par 29	Rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lenta
Par 30	Multidisciplinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unidisciplinar

**Fig. 3.2** – Visualização das alterações feitas à Escala Diferencial Semântica

Para se poder aplicar o modelo factorial deve existir correlação entre as variáveis. O Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de Bartlett são dois procedimentos estatísticos, que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, de forma a prosseguir com a análise factorial. O KMO obtido de 0,922, mostra que há uma correlação muito boa entre as variáveis. Por sua vez, o teste de Bartlett tem associado um nível de significância de 0,000, o que leva à rejeição, da hipótese da matriz das correlações na população, ser a identidade, mostrando portanto, que existe correlação entre algumas variáveis. Assim, ambos os testes permitem o prosseguimento da análise factorial.

Aplicámos a análise factorial a três factores (Dimensões). Após algumas tentativas, para encontrar o modelo mais adequado, tendo havido necessidade de retirar 12 pares de adjectivos (5 pares da 1ª dimensão; 4 da 2ª dimensão e 3 da 3ª dimensão), que não saturavam, foi possível validar para esta população, quanto ao construto a versão final da EDS. O total da variância das variáveis (18 Pares de adjectivos), explicada pelas três dimensões é 47,10%, o que se aceita em Ciências Sociais, uma vez que este valor deve ser sempre superior a 42%, o que se verifica (Hair et al., 2005).

Em termos da saturação primária dos itens (Pares de adjectivos), os valores deverão encontrar-se entre 0,40 e 1,00. Através do quadro de saturações podemos verificar quais os pares de adjectivos que pertencem a cada uma das dimensões (Quadro 3.4).

Assim, a Dimensão 3, designada de “**Valoração**”, engloba os pares 1, 2, 4, 5 e 6; a Dimensão 2, designada de “**Força**”, os pares 11, 13, 15, 16, 19 e 20 e a Dimensão 1, designada de “**Actividade**”, os pares 21, 22, 23, 25, 26, 28 e 30.

**Quadro 3.4** – Saturações primárias dos pares de adjectivos da EDS

Variáveis/Dimensões	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3
<b>Par</b> 1			0,680
2			0,544
4			0,613
5			0,595
6			0,572
<b>Par</b> 11		0,740	
13		0,578	
15		0,553	
16		0,674	
19		0,505	
20		0,652	
<b>Par</b> 21	0,615		
22	0,585		
23	0,681		
25	0,616		
26	0,612		
28	0,532		

30	0,576		
----	-------	--	--

De seguida, procedemos à avaliação da consistência interna de cada sub-escala (Dimensão) e da escala global, através do Alfa de Cronback, tendo-se obtido os seguintes resultados:

Dimensão Valoração -  $\alpha = 0,667$  (Consistência interna Fraca);

Dimensão Força -  $\alpha = 0,781$  (Consistência interna Razoável);

Dimensão Actividade -  $\alpha = 0,785$  (Consistência interna Razoável);

Escala Global (Três dimensões) -  $\alpha = 0,875$  (Consistência interna Boa).

No passo seguinte, através da janela *Compute* do SPSS, somamos os *scores* do conjunto de pares de adjetivos, que integram cada uma das dimensões e dividimos pelo número total de pares dessa dimensão, tendo obtido o valor médio de cada caso, para cada dimensão.

Recorremos à distribuição da amostra quanto à média das dimensões no total da amostra e em cada curso.

Por último, aplicamos testes estatísticos (ANOVA, t Student) para avaliar diferenças entre as médias das três dimensões dos cursos e do 1º e 4º ano de cada curso.

### 3.6.2.5. Perspectiva das práticas de Educação para a Saúde dos alunos

Efectuamos a distribuição da amostra quanto à questão 13.1 “Já realizou algum tipo de experiência prática?”, distribuição quanto à questão 13.2 “Frequência das actividades de EpS desenvolvidas pelos alunos” no total da amostra e a nível do 1º e do 4º ano de cada curso e ainda distribuição quanto ao “Tipo de actividades de EpS desenvolvidas” no total da amostra e por curso.

Aplicamos testes estatísticos (ANOVA e t Student) para verificar se existiam diferenças entre as médias da “Frequência das práticas de EpS” dos respondentes à questão 9 “Os termos PrS e EpS são diferentes?” e dos alunos com diferentes “Conceitos de PrS e EpS” no total da amostra e nos diferentes cursos.

### 3.6.2.6. Relação entre conceitos, conhecimentos, valores e práticas

Procedemos à análise das relações entre as variáveis “Tipo de conceito de PrS”, “Tipo de conceito de EpS” e as variáveis “Para si os termos PrS e EpS são diferentes?”, “Se sim, refira sucintamente em que consiste essa diferença recodificada”, “Tipificação dos alunos nos eixos de valores” e entre a variável “Se sim, refira sucintamente em que



consiste essa diferença recodificada” e a variável “Frequência das actividades de EpS recodificada” em três categorias.

Aplicamos num primeiro passo o teste de  $\chi^2$  para verificar se existiam relações de dependência entre as variáveis e, de seguida, os coeficientes de Phi ou de Spearman de acordo com o nível de medição das variáveis em causa, para avaliar a intensidade dessas relações. O coeficiente de Phi foi utilizado quando as variáveis eram escalas nominais e o de Spearman quando as variáveis eram escalas ordinais.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

A apresentação dos resultados será feita em três sub-capítulos, segundo a matriz organizativa do plano esquemático da investigação atrás apresentado (Fig. 2.5).

No primeiro sub-capítulo apresentar-se-á os dados resultantes da análise de conteúdo a modelos de Promoção da Saúde/Educação para a Saúde (PrS/EpS) e a documentos de organismos oficiais nacionais e internacionais no campo da saúde, da educação e do ensino superior, que permitiram a criação de um conjunto de seis eixos de valores em PrS/EpS, que designamos **quadro de referência**.

No segundo sub-capítulo serão apresentados os resultados referentes à análise de conteúdo feita a programas do Curso de Licenciatura em Enfermagem, documentos de ensino de Saúde Pública e às entrevistas às docentes da área da Saúde Pública/ Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real-Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (ESEVR-UTAD), que constituem as **concepções a ensinar**.

No terceiro sub-capítulo proceder-se-á à apresentação dos dados resultantes da aplicação de um questionário aos alunos do 1º e 4º ano dos cursos, que fazem parte da amostra em estudo, que dizem respeito às **concepções ensinadas**.

#### 4.1. Eixos de valores em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde

Num primeiro passo, procedeu-se à análise de conteúdo, a modelos de PrS/EpS, de um conjunto de publicações nacionais e internacionais, que permitiram identificar/criar os eixos provisórios de valores em PrS/EpS, que constituem a base do presente estudo.

Foram identificados seis grandes eixos de valores: Social/Individual, Salutogénico/Patogénico, Holístico/Reduccionístico, Equidade/Desigualdade, Autonomia/Dependência e Democrático/Autocrático. Inicialmente cada eixo possuía 5 a 12 pares de pólos de valores, que depois foram reagrupados, tendo surgido a versão definitiva dos eixos de valores, que se apresentam no Quadro 4.1.

**Quadro 4.1** – Eixos definitivos de valores em PrS/EpS

<b>Categorias/Eixos</b>	<b>Subcategorias/Pólos</b>
<b>1. Social/Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Global/Individual</li> <li>• Mudança social/Mudança individual</li> <li>• Pressão social/Liberdade de opção</li> <li>• Responsabilidade social/Responsabilidade individual</li> <li>• Solidariedade/Não solidariedade</li> </ul>
<b>2. Salutogénico/Patogénico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atitude/Tecnicismo</li> <li>• Cidadania/Medicalização</li> <li>• Dinâmico/Estático</li> <li>• Positivo/Negativo</li> <li>• Recurso/Fim</li> <li>• Subjectivo/Objectivo</li> </ul>
<b>3. Holístico/Reduccionístico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cíclico/Linear</li> <li>• Coerência/Desarticulação</li> <li>• Multisectorial/Unisectorial</li> <li>• Processo/Actividades</li> <li>• Sistémico/Monocausal</li> </ul>
<b>4. Equidade/Desigualdade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusão/Exclusão</li> <li>• Justiça social/Injustiça</li> <li>• Tolerância/Discriminação</li> <li>• Universalidade/Parcialidade</li> </ul>
<b>5. Autonomia/Dependência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activo/Passivo</li> <li>• Autocontrolo/Heterocontrolo</li> <li>• Auto-cuidado/Heterocuidado</li> <li>• Capacitação (<i>Empowerment</i>)/Prescrição</li> <li>• Literacia/Iliteracia</li> <li>• Participação/Indiferença</li> </ul>
<b>6. Democrático/Autocrático</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperação/Concordância</li> <li>• Decisão <i>Bottom-up</i>/Decisão <i>Top-down</i></li> <li>• Leigo/Especialista</li> <li>• Opção informada/Paternalismo</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opção livre/Coerção</li> <li>• Partilha/Poder absoluto</li> </ul>
--	--

#### 4.1.1. Frequência dos eixos de valores identificados nos documentos de autores

##### individuais

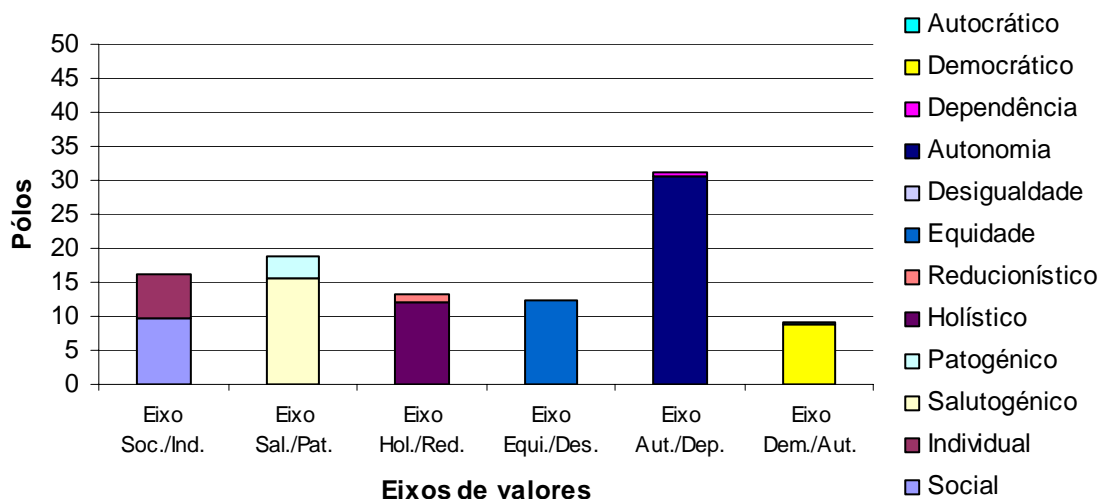
Após identificação dos seis eixos de valores, efectuou-se uma análise, num primeiro momento a um conjunto de 10 autores e posteriormente a um conjunto mais vasto de publicações, 9 artigos e 21 livros/capítulos (Ver corpus do estudo na secção 3.1.2. da metodologia), tendo como matriz analítica os eixos identificados, para verificar o grau de representatividade dos referidos eixos, no discurso desses autores. Os resultados detalhados desta análise de 40 autores encontram-se no Anexo I.

A categoria de valores em PrS/EpS identificados nos autores individuais com maior frequência é o eixo da “**Autonomia/Dependência**”, que emerge 449/12 vezes (30,5%/0,8%), seguido pelo eixo “**Salutogénico/Patogénico**” com 228/47 referências (15,5%/3,2%). A categoria com menor frequência é o eixo “**Democrático/Autocrático**” com 129/6 vezes (8,8%/0,4%). Os eixos mais emergentes, nesta análise mais alargada, são os mesmos, dos 10 autores iniciais, assim como o menos emergente, mantendo-se a proporção dos diferentes eixos, pelo que o grau de representatividade deste conjunto de eixos mantém-se. Os pólos Social, Salutogénico, Holístico, Equidade, Autonomia e Democrático prevalecem esmagadoramente sobre os seus opostos. São também os pólos onde a maioria dos autores se enquadra (Fig. 4.1).

Existem, no entanto, algumas excepções que passamos a apresentar: os autores Rodrigues (2003), Tones e Tilford (1994), Amorim (1999; 2000), Navarro (2000), Reiss (1996), Carrondo (2000), Sousa (1995), Santos (2000d) e Jones (1998) defendem posições mais no pólo “**Individual**”, embora por diferentes razões. Jones (1998) é apologista de uma mudança de comportamentos a nível individual; Tones e Tilford (1994), Amorim (1999; 2000) e Navarro (2000), embora reconhecendo a pressão social que se exerce sobre as pessoas que as leva a adoptar comportamentos não saudáveis, estão claramente do lado da “**liberdade de opção**”; por último Rodrigues (2003), Amorim (1999; 2000), Reiss (1996), Carrondo (2000), Sousa (1995) e Santos (2000d), transmitem ideias de “**responsabilidade individual**”, considerando a pessoa responsável pela sua própria saúde.

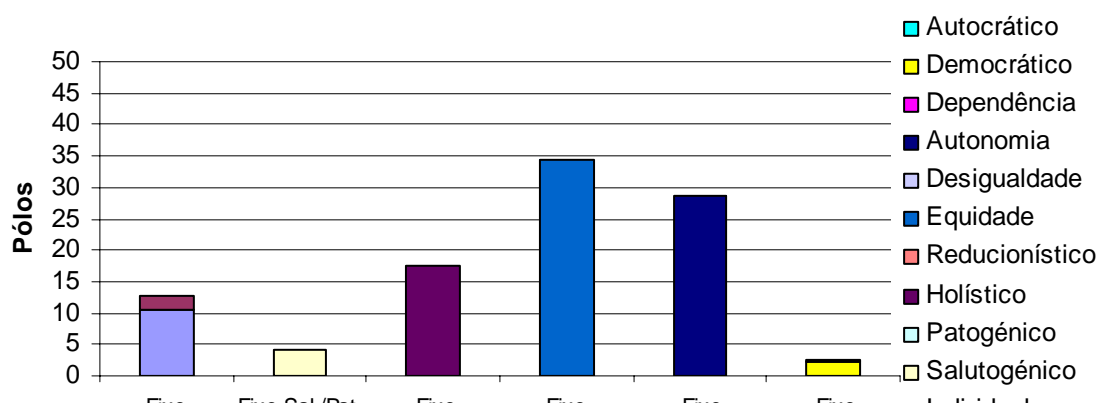
Não existe nenhum autor que se incline para o pólo “**Patogénico**”, havendo algum equilíbrio em Ferreira (1990) e Golse (2004); apenas Quartilho (2001) adota o pólo “**Reducionístico**” e em Sousa (1995) existe algum equilíbrio entre os dois pólos; não existe nenhum autor que se enquadre nos pólos da “**Desigualdade**”, “**Dependência**” e “**Autocrático**”. No que diz respeito ao pólo da “**Desigualdade**”, apenas Ferreira (1990) defende uma vez posições que se poderão ali enquadrar. Em relação à “**Dependência**”, apenas Quartilho (2001) e Golse (2004) apresentam o mesmo número de ideias de “**Autonomia**” e de “**Dependência**”. No que se refere ao pólo “**Autocrático**” apenas Pestana (1996), apresenta o mesmo número de frases, que se enquadram no pólo “**Autocrático**” e no pólo “**Democrático**”. Constata-se, pois, que o discurso dos autores está imbuído dos valores “**Social**”, “**Salutogénico**”, “**Holístico**”, “**Equidade**”, “**Autonomia**” e “**Democracia**”.

Apresentam-se as percentagens em relação ao total das frequências de pólos de valores encontrados no conjunto das obras de autores individuais.



**Fig. 4.1** - Frequência dos eixos de valores obtida da análise de obras de autores individuais

#### 4.1.2. Frequência dos eixos de valores identificados nos documentos de organismos oficiais



**Fig. 4.2** - Frequência dos eixos de valores identificados nos documentos de organismos oficiais

Procedeu-se, ainda, com base nos mesmos eixos, à análise de 63 documentos (Ver secção 3.1.2. da metodologia), dos principais organismos oficiais nacionais e internacionais, do sector da saúde, da educação e do ensino superior: Governo, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior, Ordem dos Enfermeiros, International Council of Nurses (ICN), Organização Mundial de Saúde (OMS – WHO) e União Europeia (UE).

Nesta análise, a categoria com maior frequência é o eixo da “**Equidade/Desigualdade**”, que emerge 252/0 vezes (34,5%/0%), seguido pelo eixo da “**Autonomia/Dependência**” com 209/0 vezes (28,6%/0%). Por outro lado, a categoria com menor frequência é também o eixo “**Democrático/Autocrático**” que emerge, apenas, 16/2 vezes (2,2%/0,3%) (Fig. 4.2).

Também no caso dos documentos dos organismos nacionais e internacionais, existe uma prevalência esmagadora dos pólos “**Social**”, “**Salutogénico**”, “**Holístico**”, “**Equidade**”, “**Autonomia**” e “**Democrático**”. Existem, apenas, algumas situações de equilíbrio no Eixo “**Social/Individual**”, no caso de documentos do Ministério da Educação (2004), Ordem dos Enfermeiros (2004a e 2004b) e Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2004). A Ordem dos Enfermeiros veicula ideias de “**responsabilização individual**”, o Ministério da Educação defende na mesma proporção ideias de “**responsabilização social**” e “**responsabilização individual**” e o ICN defende o mesmo número de vezes ideias de “**mudança social**” e de “**mudança individual**”. Em todos os outros eixos o desequilíbrio entre os pólos é muito grande, sendo que os organismos não manifestam quaisquer ideias que se enquadrem no pólo da “**Dependência**” e do “**Autocratismo**”.

Os seis eixos identificados, embora possam emergir menor número de vezes, no discurso dos organismos, quase sempre no primeiro pólo, continuam a ter bastante representatividade. No entanto, nos eixos com maior frequência relativa, as percentagens são mais expressivas do que no caso dos autores.

Salienta-se que a nível do discurso dos autores individuais, emerge mais o eixo da “**Autonomia/Dependência**”, que no caso dos documentos dos organismos oficiais, passou para a segunda posição, passando o eixo “**Equidade/Desigualdade**” a ser o mais emergente. O eixo “**Salutogénico/Patogénico**”, que ocupava a segunda posição nos documentos dos autores individuais, emerge muito pouco nos documentos dos organismos oficiais, no qual também o eixo “**Democrático/Autocrático**” tem pouca expressão. Em suma, os autores individuais parecem atribuir maior importância ao eixo da “**Autonomia/Dependência**”, enquanto os organismos oficiais parecem valorizar mais o eixo da “**Equidade/Desigualdade**”.

## **4.2. Análise de conteúdo aos Programas do Curso de Licenciatura em Enfermagem, documentos de ensino e entrevistas aos docentes de Saúde Pública**

Neste sub-capítulo serão apresentados os dados referentes ao módulo concepções a ensinar, na área da Saúde Pública do Curso de Licenciatura de Enfermagem (E-VR) da ESEVR-UTAD. Por uma questão de organização, dividir-se-á esta apresentação em três secções: a primeira é relativa aos programas do E-VR, a segunda aos documentos utilizados no ensino de Saúde Pública e, na terceira, analisar-se-á as entrevistas aos docentes de Saúde Pública/Saúde Comunitária da ESEVR-UTAD.

### **4.2.1. Análise aos Programas do Curso de Licenciatura em Enfermagem de Vila Real**

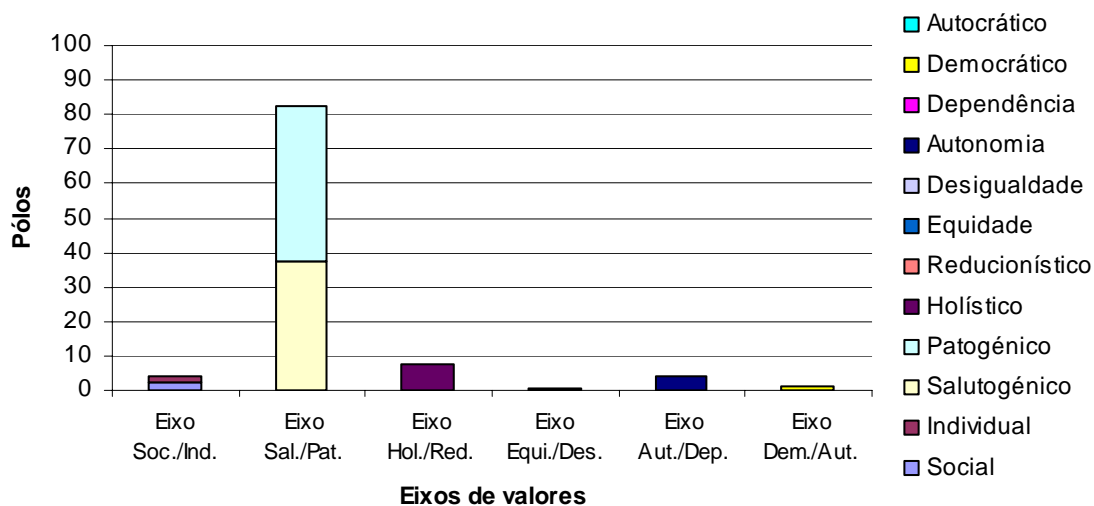
Procedeu-se à análise de conteúdo de cinco documentos, que se enquadram neste âmbito (ver secção 3.1.2. da metodologia): Portarias de publicação do Plano de Estudos do curso E-VR (Ministério da Educação, 1999c e 2000b), o Plano de Estudos do curso E-VR (ESEVR, 1999a), os Programas das Unidades Curriculares (ESEVR, 1999b) e o Programa Educativo 2002/06 (ESEVR, 2001).

Nesta análise verificou-se que a categoria de valores com maior frequência, é o eixo “**Salutogénico/Patogénico**”, que emerge 107/127 vezes (37,7%/44,7%), seguido a grande distância, pelo eixo “**Holístico/Reduccionístico**”, com 22/0 referências (7,7%/0,0%). Os outros eixos são praticamente residuais. Aquele que apresenta menor

frequência é o da “**Equidade/Desigualdade**”, emergindo 1/0 vezes (0,35%/0,0%). Em relação à análise alargada aos autores, o eixo “**Holístico/Reducionístico**”, neste caso, é mais frequente, passando a ocupar a segunda posição, o que pode significar a intenção, de que esse valor faça parte do processo de formação (Fig. 4.3).

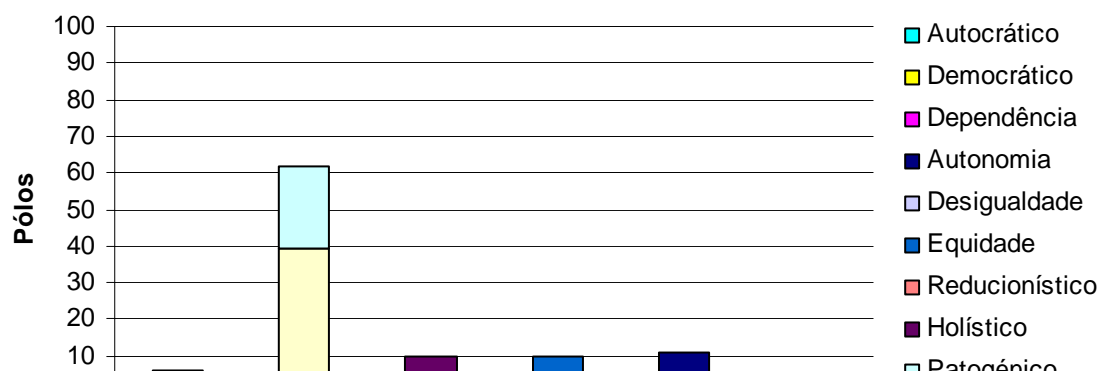
No seu todo, existe uma ligeira vantagem dos pólos positivos sobre os negativos, mas no eixo mais emergente “**Salutogénico/Patogénico**”, o pólo patogénico, tem uma pequena supremacia sobre o salutogénico. Isto reflecte, sobretudo, o peso dos Programas das Unidades Curriculares (ESEVR, 1999b), uma vez que, muitas dessas Unidades Curriculares, abordam as diversas patologias humanas, referindo-se muito pouco à saúde e à sua promoção. Ou seja, o seu foco é a doença.

Por outro lado nas Portarias não emergem quaisquer valores e os outros documentos são muito parcos nos valores em estudo. Em suma, estes documentos, estão pouco imbuídos, do valor social e holístico e muito pouco dos valores equidade, autonomia e democracia. Contudo, são bastante permeados pelos valores salutogénico e, sobretudo, patogénico. Estes resultados, talvez espelhem o panorama do ensino de Enfermagem, onde se procura desenvolver uma visão holística da pessoa, mas o foco de atenção continua a ser a doença.



**Fig. 4.3** - Frequência dos eixos de valores identificados nos programas de E-VR (%)

#### 4.2.2. Análise aos documentos de ensino de Saúde Pública



**Fig. 4.4** - Frequência dos eixos de valores identificados nos documentos de ensino de Saúde Pública (%)

Efectuou-se a análise de conteúdo a oito documentos (Ver secção 3.1.2. da metodologia) utilizados no ensino de Saúde Pública/Enfermagem Comunitária: Guia de Orientação de Estágio (4º ano) em Cuidados de Saúde Primários (ESEVR, 2003), Guia de Avaliação do Estágio (ESEVR, 2003), Enfermagem e Midwife: Saúde 21 (Ministério da Saúde, 2000), Programa Contínuo de Formação Profissional em Saúde Pública (Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003), Saúde na Comunidade – Guia orientador para elaboração de indicadores (Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde - DGS, 2003d), Plano Orientador da Formação – Ano Lectivo 2004/05 (ESEVR, 2004), Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 Volume I – Prioridades; Volume II – Orientações estratégicas (Ministério da Saúde, 2004c) e Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (Conselho de Ministros, 2006), tendo como matriz analítica os eixos de valores identificados.

Constatou-se que a categoria de valores com frequência mais elevada é o eixo “**Salutogénico/Patogénico**”, que emergiu 317/177 vezes (39,5%/22,1%), seguido pelo eixo da “**Autonomia/Dependência**” com 87/0 referências (10,8%/0,0%). A categoria que apresenta menor frequência é o eixo “**Democrático/Autocrático**”, com, apenas, 16/1 referências (2,0%/0,1%) (Fig. 4.4).

Os documentos mais ricos em valores foram os dois volumes do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 (Ministério da Saúde, 2004c) e o documento Enfermagem e Midwife: Saúde 21 (Ministério da Saúde, 2000), os quais são atravessados pelo constante apelo, para que se atinja o objectivo, de obter mais ganhos em saúde, de cariz salutogénico, embora também dediquem bastante espaço, a traçar objectivos, relacionados com as principais patologias actuais, sobretudo, o Plano Nacional de Saúde. Por essa razão, o eixo “**Salutogénico/Patogénico**” é o que tem a frequência mais elevada.

Existem, também, algumas referências ao eixo da “**Autonomia/Dependência**”, sobretudo, relacionadas com a participação dos cidadãos, nas questões relacionadas com



a sua saúde. No entanto, os mecanismos de participação comunitária, tal como as comissões consultivas de saúde, ou não funcionam ou não têm qualquer impacto nas decisões e políticas de saúde, a nível local.

Por outro lado, a reduzida frequência, do eixo “**Democrático/Autocrático**”, espelha bem a realidade das práticas de Saúde Pública, em geral, e da PrS, em particular, em Portugal, nas quais o diálogo com as comunidades, a cooperação, a parceria e a opção informada, andam muito arredados e o paternalismo, parece continuar a existir.

Comparando a perspectiva dos autores individuais e dos organismos oficiais (**Quadro de referência**) com a perspectiva veiculada nos programas do curso de E-VR e documentos de ensino de Saúde Pública/Comunitária (**Concepções a ensinar**), verificamos que não existe concordância a nível da importância dada aos diferentes eixos de valores. Enquanto no discurso dos autores individuais e organismos oficiais, emergem mais os eixos da **Autonomia/Dependência**, da **Equidade/Desigualdade** e alguma preponderância do eixo **Salutogénico/Patogénico**, apenas, no caso dos autores individuais, a nível dos programas do curso de E-VR e documentos de ensino de Saúde Pública, a predominância do eixo **Salutogénico/Patogénico** é esmagadora, sendo que nos programas, o pólo **Patogénico** prevalece sobre o **Salutogénico**, o que nunca acontece no discurso dos autores individuais e organismos oficiais.

#### **4.2.3. Análise das entrevistas aos docentes de Saúde Pública/Saúde Comunitária**

Como referido na metodologia (secção 3.5.) entrevistámos as quatro docentes (A, B, C e D) de Saúde Pública/Saúde Comunitária da ESEVR – UTAD, sendo todas do sexo feminino e três das quais (A, C e D), possuem 15 ou mais anos de actividade docente, tendo por isso, bastante experiência no ensino de Enfermagem e, especificamente, na área da Saúde Pública/Saúde Comunitária.

A análise dos dados resultantes das entrevistas é feita, tendo em conta as categorias pré-estabelecidas e as sub-categorias emergentes, que constam de um quadro resumo das categorias e sub-categorias por entrevistada, que se encontra no final desta secção no quadro 4.2. A operacionalização de cada uma das categorias de conceitos encontra-se na secção 3.6.1. da metodologia.

i) Conceito de Saúde – Três das entrevistadas, exceptuando a entrevistada B, servem-se da palavra “**Bem-estar**”, para definir saúde, parecendo reconhecer o conceito de Saúde da OMS (1946), pelo que o conceito expresso foi classificado como

“**positivo**”. Salienta-se, o facto de existir, apenas, uma entrevistada (C), que indica um conceito “**moderno**” de Saúde, que se enquadra na linha do conceito de Déjours (1986):

*“A saúde é, sobretudo, um projecto, para mim é um projecto de vida”* (C).

Por outro lado, ainda existe uma entrevistada, que apresenta um conceito “**negativo**” de saúde, embora com alguns traços de “**positividade**” e “**holismo**”, bem como referindo as condições sócio-económicas, talvez também por influência, do referido conceito da OMS (1946), que marcou várias gerações:

*“É sentir-me bem, é ... eu defino um bocado a saúde por ausência de doença, mas também ter condições sócio-económicas, sociais, psicológicas, ...”* (B).

Estes conceitos são, pois, fortemente marcados pela “**positividade**” e “**subjectividade**” e, todos imbuídos do “**holismo**”. O conceito, classificado neste estudo como “**moderno**”, ainda não impregna, o discurso de todas as entrevistadas e a “**negatividade**” continua a existir. A referência à funcionalidade da pessoa (conceito “**objectivo**”), como característica da pessoa saudável, é só feita por uma das entrevistadas (D).

ii) Conceito de doença – A “**objectividade**” é o elemento comum aos conceitos expressos, por todas as entrevistadas, assente no conjunto de sinais, manifestações das doenças, diagnóstico médico e incapacidade funcional. A “**objectividade funcional**” é bem visível, na seguinte citação:

*“A doença é quando nós estamos incapacitados ...”* (D).

Existem duas entrevistadas, que procuraram salientar o carácter “**multidimensional**” da doença, de que é exemplo a seguinte citação:

*“Sobretudo, o estar doente, sentir-me doente, não só com uma doença biológica, é eu não me sentir bem comigo própria, e com aquilo que eu represento para os outros”* (C).

Também o conceito de doença é construído, com recurso à “**negação**”, por duas entrevistadas. Uma delas afirma:

*“Por oposição à saúde, a doença é não estar saudável”* (B).

Constata-se, assim, que estes conceitos de doença, estão todos muito impregnados pela preocupação da “**objectividade**”. Por sua vez, o recurso à “**negação**” parece ser uma saída, para conseguir apresentar um conceito, denotando alguma dificuldade das entrevistadas, em operacionalizar o conceito de doença.

iii) Conceito de Saúde Pública – No que diz respeito à Saúde Pública, todas as entrevistadas, tiveram o cuidado de referir, que esta trata de fenómenos relativos à saúde de toda a comunidade, de que é exemplo:

*“A Saúde Pública tenta promover, manter ou restabelecer, se for necessário, a saúde das populações.”* (B).

No entanto nenhuma das entrevistadas indicou os três aspectos, em que se baseou a construção de categorias do conceito: “**manter, proteger e melhorar a saúde da população**”, implicar a “**participação dos vários actores da comunidade**”, fazendo referência à “**intersectorialidade**” e, “**interligar a saúde e o meio ambiente**”.

Existem dois conceitos que consideramos “**abrangentes**” e dois “**reducionistas**”. Um dos conceitos abrangentes (A), não faz a ligação entre a saúde e o meio ambiente e o outro não faz menção à participação comunitária e à intersectorialidade (C). Os conceitos classificados como reducionistas (B e D), não fazem referência à participação comunitária, nem à ligação entre a saúde e o meio ambiente.

Isto terá sucedido, porque as entrevistadas, procuraram expressar a sua definição pessoal, não tendo conseguido uma definição tão sistematizada, como aquela em que assenta a nossa categorização do conceito.

No entanto, é negativo, que três das entrevistadas, não se tenham referido à participação de todos os actores e sectores da comunidade, o qual é um valor, tão essencial e indispensável, à Saúde Pública e à Promoção da Saúde.

iv) Actividades de Enfermagem no âmbito da Saúde Pública – Esta categoria é uma das mais ricas destas entrevistas, uma vez que, pudemos identificar 11 sub-categorias, que emergiram da análise. Duas dessas sub-categorias, são comuns a três das entrevistadas: “**diagnóstico de saúde**” e “**realização de EpS**”. São, por isso, actividades consensuais para as entrevistadas. Destacamos duas sub-categorias que são, apenas, indicadas por uma das entrevistadas: “**concepção de políticas de Saúde Pública**” e “**vacinação**”, das quais se apresenta a seguinte citação:

*“...o enfermeiro generalista pode muito mais ser, um colaborador nas situações de avaliação e até de diagnóstico, mas depois a concepção das grandes políticas, nesta área da Saúde Pública, será um enfermeiro com alguma, com maior qualificação nesta área” (C).*

Destacou-se a primeira sub-categoria, pela sua importância estratégica e influência nas políticas de Saúde Pública, a segunda, porque é uma das actividades, que mais contribuiu e ainda contribui, para a diminuição da mortalidade, salvando mais vidas, do que qualquer outra intervenção ou tratamento. Por conseguinte, é negativo, que só tenham sido indicadas por uma das entrevistadas. A primeira, será realizada por um grupo reduzido de enfermeiros, mas a segunda, é uma actividade ligada directamente à Enfermagem quotidiana, em todos os centros de saúde, pelo que poderá eventualmente não ter sido referida, dada a sua situação de rotina.

v) Conceito de Saúde Escolar – Existe um elemento, que é comum ao conceito de todas as entrevistadas, que é a interligação da Saúde Escolar (SE) com a “**EpS**” e a “**promoção de estilos de vida saudáveis**”. Mas para além da realização de EpS, restringida, quase sempre, à transmissão de conhecimentos, as entrevistadas não conseguiram indicar mais nenhum dos objectivos da SE, como por exemplo: apoiar os alunos na adopção de respostas adequadas e construtivas aos desafios do quotidiano, promovendo a autonomia e o desenvolvimento de resiliências; contribuir para a integração das crianças, sobretudo, com Necessidades Educativas Especiais e Necessidades de Saúde Especiais; apoiar a participação parental; apoiar iniciativas de inovação pedagógica; e promover a qualidade ambiental. Daí, que todos os conceitos tenham sido classificados como “**reduccionistas**”.

Para além disso, as entrevistadas pareceram não estar muito conscientes, dos alvos da SE: a criança, enquanto indivíduo, o grupo (crianças, comunidade escolar) e o ambiente envolvente. Apenas, uma das entrevistadas (A), se refere à comunidade escolar e outra (C), menciona a envolvente do meio, das quais apresentamos as citações:

*“Olhe a SE, para mim, é desenvolver todo o conjunto de actividades, ..., direccionadas à comunidade escolar e comunidade escolar não são só os alunos” (A);*

*“Eu há bocadinho, também fui um bocadinho redutora, quando disse, que a SE tinha a ver com os meninos e as crianças, mas também privilegia a envolvente do meio que existe, não é?” (C).*

Estes resultados poderão explicar-se, pelo facto das entrevistadas não desenvolverem SE no contexto da prática de cuidados e por não leccionarem estes conteúdos, já há alguns anos.

vi) Actividades de Enfermagem no âmbito da Saúde Escolar – Existe apenas uma actividade que é comum a todas as entrevistadas, a EpS, se considerarmos a resposta “Transmissão de informação”, naquele âmbito. Nesta linha, uma das entrevistadas (A), afirma que:

*“Eu pelo menos defendo mais, que seja a EpS, uma das actividades nobres da SE”.*

Existe uma grande dispersão de outras sub-categorias pelas várias entrevistadas. Destas sub-categorias, salientamos a “**Verificação da situação vacinal dos alunos**”, a “**Saúde oral**” e a “**Avaliação da acuidade auditiva e visual**”. Esta última actividade, é uma prática pouco comum, no âmbito da SE, em Cuidados de Saúde Primários, pelo que achamos curioso, ter sido indicada.

A entrevistada B, foi a mais produtiva ao indicar seis sub-categorias, incluindo a “**avaliação da acuidade auditiva e visual**”, o que poderá ser explicado, pelo facto da entrevistada, ter exercido Enfermagem, num Centro de Saúde muito dinâmico neste âmbito.

Nenhuma das entrevistadas, mencionou actividades dirigidas ao ambiente, entre as quais, “**vigiar e monitorizar as condições de segurança, higiene e saúde das escolas**” e facilitar a preservação de um “**ambiente escolar seguro**” que dê à criança condições de segurança, actividades estas que achamos de importância primordial.

Não achamos adequado, considerar a “**Vigilância de saúde**” dos alunos, como uma das actividades de SE, tal como disseram duas das entrevistadas, uma vez que na nossa opinião, essa actividade, pertence ao âmbito da Saúde Infantil e não da Saúde Escolar.

vii) Conceito de Saúde Infantil – Os três conceitos expressos, são todos classificados como “**incompletos**”, embora por diferentes razões: as entrevistadas A e B não fazem referência à “**vigilância do crescimento e desenvolvimento**” e a

entrevistada D, não menciona a “**idade**”, que a Saúde Infantil (SI) abrange, tal como se pode observar nas suas palavras:

*“Estamos a falar de SI, ou seja, de promover um desenvolvimento harmonioso de crianças, não é, do infanto-juvenil, por assim dizer”* (D).

Uma das entrevistadas (C), não indicou nenhum conceito de SI, o que denota a dificuldade, que as entrevistadas tiveram em definir SI, talvez porque a sua formação e experiência profissional, não sejam desta área.

viii) Actividades de Enfermagem no âmbito da Saúde Infantil – As dificuldades sentidas pelas entrevistadas para expressar um conceito de SI têm confirmação na indicação das actividades de Enfermagem, neste âmbito. Apenas duas entrevistadas (B e C), indicaram actividades, uma das quais (B) repete, a EpS. A outra entrevistada (C), indica três sub-categorias, como se pode verificar na seguinte citação:

*“Pelo menos conseguem fazer uma avaliação do desenvolvimento Infanto-juvenil [...] que pode também resolver determinados problemas ou encaminhar para outros técnicos ...”* (C).

ix) Diferenciação entre Saúde Escolar e Saúde Infantil – Neste caso, também houve uma entrevistada, que não conseguiu traçar por palavras, a diferenciação entre SE e SI. As outras três entrevistadas conseguiram expressar a diferenciação entre os dois conceitos, baseando-se nos seguintes aspectos: os alvos e a classe etária abrangida são diferentes (A), a classe etária e o contexto são diferentes (B) e a SE tem um alvo diferente, que é o meio ambiente (C). Apresentamos a citação, mais rica de significado e mais explícita:

*“Só que a diferença fundamental é que enquanto a SI, se faz em contexto de Centro de Saúde [...], na SE somos nós que procurámos, digamos, que procurámos os problemas de saúde ...”* (B).

x) Conceito de Promoção da Saúde – Neste caso, houve três entrevistadas, que não conseguiram estruturar, em linguagem falada, um conceito de PrS, o que constitui um sinal, de algum desconhecimento do significado e das implicações deste termo, do que a afirmação da entrevistada D, é um exemplo:

*“A PrS é o grande objectivo, que nós tentamos”. “Promovendo a saúde, automaticamente, previno a doença, não é?”* (D).

A outra entrevistada (A), indicou que a PrS é um processo, que implica a colaboração activa entre profissionais de saúde e utentes e refere-se ao “**empowerment**”. Contudo, não faz alusão à criação de condições, para que as pessoas possam controlar e melhorar a sua saúde. É, pois, um conceito “**misto**”, quase abrangente, uma vez que, se centra muito nos comportamentos, como se pode observar pelas suas palavras:

*“Promover a saúde é nós como profissionais de saúde, em conjunto com o utente ou a família, ou até um grupo da comunidade, contribuirmos para ganhos em saúde. É ao promover comportamentos saudáveis ou reduzir, por assim dizer, os não saudáveis, ... (A).*

Estas dificuldades em definir PrS, poderão ser explicadas, pela falta de concordância, entre os autores com publicações neste campo, acerca deste conceito, gerando diferentes perspectivas e alguma confusão, à volta deste conceito.

xi) Conceito de Educação para a Saúde – O discurso das entrevistadas, acerca deste conceito, apresenta duas tendências: uma, para um conceito dito “**activo**” e outra, para um conceito tipo “**passivo**”. Na primeira tendência, enquadram-se as entrevistadas A e C, que se pode observar na seguinte citação:

*“A EpS para mim constitui uma estratégia para o desenvolvimento do ser humano [...] é a possibilidade de ajudarmos na construção de um ser, que tem uma identidade própria, mas também um ser, que possa ser crítico, reflexivo, autónomo, que pense por si, que tenha opiniões, que tenha atitudes pró-activas, ...” (C).*

A este último conceito, só lhe falta a menção às convicções e valores, que têm muita importância no processo de EpS, mas o discurso da entrevistada A é mais pobre e não faz alusão, à mudança, que a EpS pode provocar, nos conhecimentos, convicções, valores e competências.

Na tendência designada “**passiva**”, onde se enquadram as entrevistadas B e D, o conceito é muito rudimentar e está muito centrado na transmissão de conhecimentos e na mudança de comportamentos, atribuindo um papel de destaque ao profissional de saúde, de que a afirmação da entrevistada D, é um exemplo:

*“EpS, pode ser uma estratégia, que nós [Profissionais de saúde] fazemos para que haja PrS naquela comunidade, não é, para promover a saúde no fundo”*  
(D).

xii) Diferenciação entre Promoção da Saúde e Educação para a Saúde – Todas as entrevistadas concordam que existem diferenças entre PrS e EpS, do que a afirmação da entrevistada A é um exemplo:

*“Existe, embora em termos de as ordenar, não vou pô-las aqui, mas existe, existe!”*

No entanto, quando solicitadas a indicar essas diferenças, uma das entrevistadas, não conseguiu efectuar a diferenciação (B), mas as outras três indicaram diferenças muito semelhantes, referindo que a EpS, é uma das actividades ou estratégias da PrS, embora uma delas tenha referido, que não conseguia delimitar muito bem as diferenças entre os dois termos. Neste sentido, uma das entrevistadas, afirma que:

*“Portanto, às vezes, é difícil destringir estes dois termos, mas EpS, para mim, é uma das actividades, que contribui para, mas a PrS é muito mais lata que isso”*  
(A).

xiii) Valores veiculados pela Promoção da Saúde/Educação para a Saúde – As quatro entrevistadas são da opinião, que tanto a PrS como a EpS, promovem valores. Em relação aos valores veiculados por estes dois processos, do discurso das entrevistadas, emergiram 14 sub-categorias, que exceptuando a “**Equidade**” (A e B) e “**Respeito**” (C e D), foram todas indicadas por apenas uma das entrevistadas.

Todos os valores indicados pelas entrevistadas, fazem parte dos seis eixos de valores em PrS/EpS, construídos pelo investigador, com a excepção, do valor “**Respeito**” e “**Valores éticos, morais e da vida**”.

As entrevistadas demonstraram uma certa relutância em hierarquizar os valores, por ordem de importância, o que foi mais visível nas entrevistadas B e C, como se pode observar, na seguinte citação:

*“Estes que eu referi, foi na realidade aqueles que eu considero, que são importantes. Agora eu acho que pegar numa escala e dizer o que está no primeiro lugar, em segundo e em terceiro. Não os sei posicionar”* (B).



No entanto, acabaram por referir, que os valores mais importantes, eram a “**Equidade**” (A), a “**Solidariedade**” (B), a “**Tolerância**” (C) e o “**Respeito**” (D).

Perguntámos às entrevistadas, se já tinham recebido formação, acerca da temática “**Valores em PrS/EpS**”, quer a nível académico, quer a nível profissional e verificamos que apenas a entrevistada D, referiu ter recebido formação, no âmbito da sua especialidade, acerca desta temática, como comprova a seguinte citação:

*“De qualquer forma, penso sobretudo, quando fiz a especialidade, que me ajudou a sedimentar muito mais, realmente, os valores em termos de EpS, o “Respeito”, sobretudo, por aquilo que o outro faz” (D).*

xiv) Forma, contextos e estratégias para trabalhar valores em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde – Quanto à forma como devem ser abordados os valores, todas as entrevistadas acham, que a forma mais adequada, será de maneira “**formal**” e “**informal**”, existindo apenas uma nuance, na entrevistada C, que considera que se deverão trabalhar, essencialmente, de maneira informal:

*“Os valores é algo, que se pode transmitir também, mas é sobretudo algo, que não é transmitido pela informação. É mais algo transmitido pela acção” (C).*

No que diz respeito aos contextos, três das entrevistadas, referem o contexto de “**realização da experiência prática**” (A, B e D), a que a entrevistada B acrescenta as “**aulas práticas**” e a D as “**aulas teóricas**”, sendo as únicas fazê-lo. Por sua vez, a entrevistada C dá uma resposta indefinida, ao referir que são os contextos mais variados.

Relativamente às estratégias, que se deverão utilizar para trabalhar os valores, destaca-se a entrevistada D, que sugeriu três estratégias bem activas: “**análises, debate de ideias e histórias de vida**”. Nesta linha, a entrevistada A indica o “**trabalho participado do aluno**”. Por sua vez, a entrevistada B, parece preferir uma estratégia mais passiva (**exposição de conteúdos**) e a entrevistada C, apenas referiu características, que na sua opinião, as estratégias deverão ter: serem participativas, dinâmicas e pró-activas.

Quando confrontadas com a pergunta “Avalia os alunos pelas atitudes e valores?”, as entrevistadas deram três tipos de respostas: “**não avalia os alunos, nem pelas atitudes, nem pelos valores**” (A), “**não avalia os alunos pelos valores, mas avalia**

pelas atitudes” (B) e “**sim, avalia os alunos pelas suas atitudes e valores**” (C e D), embora não para os tipificar, penalizar ou criticar. Neste sentido, a entrevistada C, afirma que:

*“Avaliar para tipificar não. Não costumo fazer isso, mas avalio. Mas não é propriamente a avaliação, no sentido de penalizar ou de criticar, mas avalio”.*

Os valores, que as entrevistadas referem considerar na avaliação dos alunos, são sobretudo, o “**respeito**” pelos outros e muito em especial, pelo utente.

xv) Conhecimento de exemplos práticos relativos aos eixos de valores em PrS/EpS e tendências das entrevistadas

- Eixo Social/Individual – Três das entrevistadas (A, C e D) **demonstraram conhecer** exemplos práticos, onde os pólos de valores, Social e Individual, estivessem em causa, embora o exemplo da entrevistada D, não seja muito consistente e a própria entrevistada, tenha revelado alguma surpresa, perante a pergunta. De seguida apresentamos um exemplo prático bem conseguido:

*“...por exemplo, que quando nós fazemos Saúde Escolar, chegamos e dizemos aos meninos, que têm que lavar os dentes, desta e daquela maneira, de certeza que eles vão ser veículos de informação para os pais. E, portanto, de um individual, que foi aqui um menino, ...também teve uma dimensão colectiva, que foi a família” (C).*

Por sua vez, a entrevistada B, **não demonstrou conhecer** exemplos práticos, nos quais estes valores estivessem implícitos. Acaba mesmo por afirmar, que naquele momento, não lhe estava a ocorrer nenhum exemplo, mas que se calhar existia uma série deles.

Quanto à tendência das entrevistadas para um dos pólos, deste eixo de valores, constatamos existirem três tendências: a **neutra** (C e D), em que as entrevistadas afirmam que as intervenções devem ter carácter Individual e Social; **individual expressa** (A) e **indefinida** (B). A tendência individual pode ser vislumbrada na seguinte citação:

*“Mas eu penso que estou mais na prática individual, mas no sentido de promover uma EpS mais individualizada, que depois tipo mancha, vai alargando ao social” (A).*

- Eixo Salutogénico/Patogénico – No caso deste eixo de valores, repete-se o quadro do eixo anterior. Três das entrevistadas (A, C e D), **demonstraram conhecer** exemplos práticos onde estes valores estavam implícitos, de que a afirmação da entrevistada D é um exemplo:

*“...então muitas vezes subvertemos as actividades mais no sentido da prestação de cuidados a pessoas com doença e esquecemos totalmente a outra parte das pessoas, não é?, que ainda não têm doença e , que é necessário trabalhar para evitar terem doença”.*

A entrevistada B, talvez devido à ansiedade, **não conseguiu expressar** um exemplo adequado do modelo salutogénico, como se pode comprovar através da citação:

*“Por exemplo, um modelo salutogénico, quando os nossos alunos fazem, ou quando os profissionais fazem, despistes dos grupos vulneráveis ou de risco, acho que são modelos salutogénicos, ...”.*

Achamos este exemplo mais do foro patogénico, uma vez que, o que está inerente a estas actividades, é a detecção e diagnóstico de determinadas doenças, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, que constituem o seu foco de atenção profissional.

Relativamente à tendência das entrevistadas para um dos dois pólos de valores, verificamos que existem dois padrões: **tendência para o pólo salutogénico** (A, B e D), embora a entrevistada A admita, que se trabalhe a partir do modelo patogénico e **tendência neutra** (C), na qual a entrevistada afirma que o modelo patogénico também existe em EpS. Por sua vez, as entrevistadas A e D são de opinião, que a tendência da prática dos cuidados de Enfermagem é para o **pólo patogénico**.

- Eixo Holístico/Reduccionístico – Todas as entrevistadas (A, B, C e D), **demonstram conhecer** exemplos práticos, onde os valores “**Holístico**” e “**Reduccionístico**” estejam subjacentes, não tendo revelado dificuldades para os expressar. A entrevistada A, refere um aspecto interessante, ao afirmar, que os alunos de Enfermagem são “massacrados”, para intervir em termos holísticos, mas em termos da prática, muitas vezes, tem-se uma perspectiva individualizada, reducionista. Os

exemplos, que esta entrevistada dá, respectivamente, de intervenções holísticas e reducionistas, são os seguintes:

*“Depois vai ter mais, pode ser, nos seus diferentes momentos do ciclo vital, ver os problemas de saúde de cada um, integrados naquele grupo, por exemplo. Têm uma perspectiva muito mais holística, daquele indivíduo e depois, daquela família, por exemplo [...] E, é cuidar de uma ferida, por exemplo, e ver só aquilo... fazer um acto vacinal e até se pode ser exímio, impecável em termos de técnica e informar tudo sobre. Mas, se só ficar por aí, é muito pouco”.*

Quanto à tendência das entrevistadas, para um destes pólos de valores, existem dois padrões: **tendência pessoal expressa para o pólo holístico** (A), como se pode observar nas suas palavras: *“Mas eu defendo a perspectiva holística, defendo.”* e **tendência pessoal implícita para o pólo holístico**, não expressa (B, C e D). As entrevistadas B e C, são de opinião que a tendência da prática de cuidados de Enfermagem vai na direcção do pólo reducionista.

- Eixo Equidade/Desigualdade – No que diz respeito a este eixo, também existem três entrevistadas (A, B e D), que **demonstraram conhecer** exemplos práticos, onde os valores da **“Equidade”** e da **“Desigualdade”** estivessem em causa, como se pode comprovar pela seguinte citação:

*“Estou a falar só assim, um exemplo, que muitas vezes, sem crer, a gente nem se lembra, que nem é capaz se calhar de pensar, que está a cometer desigualdades, em termos de EpS, em função do próprio género de cada um, ou até marginalizar às vezes determinado tipo de grupos” (D).*

Por sua vez, a entrevistada C, demonstra dificuldades, dá um exemplo, algo insegura, chegando a afirmar, que exemplos, não era capaz de dar muito bem. Depois acaba por indicar:

*“É, por exemplo, típico dos cuidados muito esquematizados e que se tem que fazer isto, aquilo e aquele outro e muitas vezes nós não fazemos, uma avaliação de qual é o paciente, que temos à nossa frente ou utente. Portanto, cuidamos a todos de igual maneira. Esta igual maneira, é dotarmos do mesmo tipo de cuidados, quando cada um necessita de cuidados necessariamente diferentes”.*

O exemplo parece ser pouco consistente. No fim refere, que as desigualdades estão mais no acesso aos cuidados, com o qual concordamos plenamente.

Em termos de tendências, também neste caso, se constata dois padrões: **tendência pessoal expressa para o pólo da Equidade** (A e D), representada pela entrevistada D:

*“Eu penso, que devia haver sempre equidade em tudo, que é aquilo, que nós muitas vezes não temos, não é?”*

e a **tendência implícita para o pólo da Equidade** (B e C). A entrevistada D refere, que a tendência da prática de cuidados é para a desigualdade.

- Eixo da Autonomia/Dependência – No caso deste eixo de valores, três das entrevistadas (A, B e C), **demonstraram conhecer** exemplos práticos, nos quais os valores da **“autonomia”** e da **“dependência”** estivessem em jogo, como se pode verificar na seguinte citação:

*“...eu considero que a autonomia, por exemplo, na PrS/EpS, parte pela pessoa saber, ter conhecimento de determinadas coisas, de determinados aspectos, que sejam fundamentais para a saúde dela, que lhes permitam fazer depois opções racionais e com conhecimento”* (B).

No entanto esta perspectiva deixa de fora, a dimensão das competências na EpS. A quarta entrevistada (D), demonstrou bastantes dificuldades em dar um exemplo deste tipo, tendo por fim, apresentado um exemplo, que atribui um papel muito passivo às pessoas. Esta interpretação é reforçada pelo facto, das primeiras três entrevistadas, terem conseguido definir o termo autonomia e a quarta entrevistada não ter indicado qualquer conceito.

Relativamente à tendência para um dos pólos de valores, constata-se que existem dois padrões distintos: **tendência pessoal explícita para o pólo da autonomia** (C), representada pela citação:

*“Portanto, eu desejaria, que nós como enfermeiros, no âmbito da EpS, que fôssemos capazes mais de tender para o lado da autonomia, do que para o lado da dependência”.*

e **tendência pessoal implícita para o mesmo pólo** (A, B e D).

- Eixo Democrático/Autocrático – Todas as entrevistadas, demonstraram conhecer exemplos práticos, nos quais, o valor democrático e autocrático, estivessem em causa, embora o conceito indicado pelas entrevistadas B e D, não tenha sido tão elucidativo, como o das entrevistadas A e C. Apresentamos a citação, que nos parece mais expressiva:

*“E o espírito de democraticidade, também está aí, em ser capaz de participar na construção de processos educativos, em paridade e não isolado, dos restantes actores da formação [...] Eu hoje venho aqui para vos falar disto, e é assim, e assim e assado. E, portanto, todo o espírito democrático e a autonomia, cai por água abaixo. E é isto, que têm que fazer e portanto, senão fizerem isto, vão ter isto e aquilo e aquilo” (C).*

Relativamente à tendência das entrevistadas para um destes pólos de valores, verificamos que existem dois padrões: **tendência pessoal implícita para o pólo democrático** (A, C e D) e **tendência pessoal explícita para o pólo autocrático**, como se pode observar nas suas palavras:

*“Não sei, acho que às vezes, também temos necessidade de ser autocráticos, porque quando está em causa a vida da pessoa, digamos assim, temos de impor” (B).*

Nesta citação, estão também implícitos valores como a coerção e o paternalismo, pouco aceitáveis, numa sociedade, que quer caminhar para o aprofundamento da cidadania.

De seguida apresentamos o quadro resumo das categorias e sub-categorias emergentes do discurso das entrevistadas (Quadro 4.2).

**Quadro 4.2** - Resumo das categorias e subcategorias por entrevistada

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias e entrevistadas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo de conceito de Saúde</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dinâmico e holístico (A e C);</li> <li>▪ Moderno (C);</li> <li>▪ Positivo, subjectivo e holístico (A e D);</li> <li>▪ Positivo, subjectivo, negativo e holístico (B);</li> <li>▪ Positivo, subjectivo e objectivo (D).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo de conceito de Doença</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dinâmico e multidimensional (A);</li> <li>▪ Dinâmico e objectivo (C);</li> <li>▪ Multidimensional e subjectivo (C);</li> <li>▪ Negativo (B e C);</li> <li>▪ Objectivo (D);</li> <li>▪ Objectivo e subjectivo (A);</li> <li>▪ Objectivo, subjectivo e negativo (B).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo de conceito de Saúde Pública</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abrangente (A e C);</li> <li>▪ Reduccionista (B e D).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Actividades de Enfermagem no âmbito da Saúde Pública</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concepção de políticas de Saúde Pública (C);</li> <li>▪ Consulta de Enfermagem (D);</li> <li>▪ Definir e implementar propostas de resolução de problemas de Saúde (C);</li> <li>▪ Diagnóstico de Saúde (B, C e D);</li> <li>▪ Inserir o indivíduo na comunidade (A);</li> <li>▪ Levantamento de problemas (B e C);</li> <li>▪ Promoção da Saúde (A e B);</li> <li>▪ Realização de EpS (A, B e D);</li> <li>▪ Recuperação de Indivíduos (A);</li> <li>▪ Vacinação (A);</li> <li>▪ Visitação domiciliária (D).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo de conceito de Saúde Escolar</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reduccionista (A, B, C e D).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Actividades de Enfermagem no âmbito da Saúde Escolar</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação da acuidade auditiva e visual (B);</li> <li>▪ Distribuição de flúor aos alunos (B);</li> <li>▪ Realização de EpS (A e D) e “Ensinos” às professoras e aos alunos (B);</li> <li>▪ Educação sexual (D);</li> <li>▪ Encaminhamento dos alunos (B);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fomentar estilos de vida saudáveis (D);</li> <li>▪ Rastreio das cáries dentárias (B);</li> <li>▪ Transmissão de informação (C);</li> <li>▪ Saúde oral (D);</li> <li>▪ Verificação da situação vacinal dos alunos (B);</li> <li>▪ Vigilância de parâmetros (C);</li> <li>▪ Vigilância de saúde (D).</li> </ul>
--	--

Quadro 4.2 (Cont.)

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias e entrevistadas</b>
• <b>Tipo de conceito de Saúde Infantil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incompleto (A, B e D);</li> <li>▪ Não indicou nenhum conceito (C).</li> </ul>
• <b>Actividades de Enfermagem no âmbito da Saúde Infantil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encaminhamento para outros técnicos (C);</li> <li>▪ Ensinos às mães e crianças (B);</li> <li>▪ Resolução de problemas de saúde (C);</li> <li>▪ Vigilância do crescimento das crianças (C);</li> <li>▪ Não indicaram actividades (A e D).</li> </ul>
• <b>Diferenças entre Saúde Escolar e Saúde Infantil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A Saúde Escolar envolve toda a comunidade escolar (A);</li> <li>▪ A Saúde Infantil abrange o intervalo dos 0-3 anos de idade (A e B);</li> <li>▪ Os contextos de desenvolvimento da Saúde Escolar (escola) e Saúde Infantil (Centro de Saúde) são diferentes (B);</li> <li>▪ A Saúde Escolar tem um alvo diferente que é o meio ambiente (C);</li> <li>▪ Não fez a diferenciação (D).</li> </ul>
• <b>Existência de diferenças entre Promoção da Saúde e Educação para a Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim (A, B, C e D).</li> </ul>
• <b>Diferenças entre Promoção da Saúde e Educação para a Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A EpS é uma das actividades da PrS (A);</li> <li>▪ A PrS é mais lata do que a EpS (A);</li> <li>▪ A EpS é uma estratégia (C e D);</li> <li>▪ A PrS é o objectivo central da EpS (C e D);</li> <li>▪ Não conseguiu diferenciar (B).</li> </ul>
• <b>Tipo de conceito de Promoção da Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Misto (A);</li> <li>▪ Não indicou um conceito (B, C e D).</li> </ul>
• <b>Tipo de conceito de Educação para a Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Activo (A e C);</li> <li>▪ Passivo (B e D).</li> </ul>
• <b>A Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sim (A, B, C e D).</li> </ul>



<b>veiculam valores?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valores veiculados pela Promoção da Saúde/Educação para a Saúde</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autonomia (B);</li> <li>▪ Cidadania (B);</li> <li>▪ Equidade (A e B);</li> <li>▪ Justiça social (B);</li> <li>▪ Liberdade (C);</li> <li>▪ Multisectorialidade (A);</li> <li>▪ Participação comunitária (A);</li> <li>▪ Respeito (C e D);</li> </ul>

**Quadro 4.2** (Cont.)

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias e entrevistadas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valores veiculados pela Promoção da Saúde/Educação para a Saúde (Cont.)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsabilidade individual (C);</li> <li>▪ Solidariedade (B);</li> <li>▪ Tolerância (C);</li> <li>▪ Valores éticos (D);</li> <li>▪ Valores morais (D);</li> <li>▪ Valores da vida (A).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valores considerados como o 1º mais importante</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equidade (A);</li> <li>▪ Solidariedade (B);</li> <li>▪ Tolerância (C);</li> <li>▪ Respeito (D).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valores considerados como o 2º mais importante</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participação comunitária (A);</li> <li>▪ Equidade (B);</li> <li>▪ Respeito (C);</li> <li>▪ Valores morais (D).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valores considerados como o 3º mais importante</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Justiça social (B);</li> <li>▪ Não indicaram (A, C e D).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Abordagem da temática valores em PrS/EpS na formação acadêmica e profissional</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não (A, B e C);</li> <li>▪ Sim (D).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Unidade Curricular onde foi abordada</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saúde Infantil (D).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Forma como devem ser abordados os valores</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formal e informal (A, B e D);</li> <li>▪ Formal, mas mais informal (C).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contexto em que se devem trabalhar os valores</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Experiência prática [Ensinos clínicos e estágios] (A e D);</li> <li>▪ Experiência prática e aulas práticas (B);</li> <li>▪ Os mais variados (C);</li> <li>▪ Aulas teóricas (D).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estratégias para</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análises (D);</li> </ul>

<b>trabalhar os valores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Debate de ideias (D);</li> <li>▪ Exposição de conteúdos (B);</li> <li>▪ Histórias de vida (D);</li> <li>▪ Estratégias participativas, dinâmicas e pro-ativas (C);</li> <li>▪ Trabalho participado do aluno (A).</li> </ul>
• <b>Avalia os alunos pelas atitudes e valores?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não [Valores e atitudes] (A);</li> <li>▪ Não [Valores]; Sim [Atitudes] (B);</li> <li>▪ Sim (C e D).</li> </ul>
• <b>Valores considerados na avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respeito pelos outros (C e D).</li> </ul>

Quadro 4.2 (Cont.)

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias e entrevistadas</b>
• <b>Eixo Social/Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstra conhecer exemplos práticos (A, C e D);</li> <li>▪ Não demonstra conhecer exemplos práticos (B);</li> <li>▪ Tendência pessoal para o pólo individual expressa (A);</li> <li>▪ Tendência pessoal indefinida (B);</li> <li>▪ Tendência pessoal neutra (C e D).</li> </ul>
• <b>Eixo Salutogénico/Patogénico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstra conhecer exemplos práticos (A, C e D);</li> <li>▪ Não demonstra conhecer exemplos práticos (B);</li> <li>▪ Tendência pessoal ideal para o pólo salutogénico (A, B e D);</li> <li>▪ Tendência pessoal neutra (C);</li> <li>▪ Tendência da prática para o pólo patogénico (A e D).</li> </ul>
• <b>Eixo Holístico/Reduccionístico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstra conhecer exemplos práticos (A, B, C e D);</li> <li>▪ Tendência pessoal para o pólo holístico expressa (A);</li> <li>▪ Tendência pessoal para o pólo holístico implícita (B, C e D);</li> <li>▪ Tendência da prática para o pólo reduccionístico (B e C).</li> </ul>
• <b>Eixo Equidade/Desigualdade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstra conhecer exemplos práticos (A, B e D);</li> <li>▪ Não demonstra conhecer exemplos práticos (C);</li> <li>▪ Tendência pessoal para o pólo da equidade expressa (A e D);</li> <li>▪ Tendência pessoal para o pólo da equidade implícita (B e C);</li> <li>▪ Tendência da prática para o pólo da desigualdade (D).</li> </ul>
• <b>Eixo Autonomia/Dependência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstra conhecer exemplos práticos (A, B e C);</li> <li>▪ Demonstra dificuldades em dar exemplos (D);</li> <li>▪ Conceito completo (A, B e C);</li> <li>▪ Não indicou conceito (D);</li> <li>▪ Tendência pessoal para o pólo da autonomia expressa (C);</li> <li>▪ Tendência pessoal para o pólo da autonomia implícita (A, B e D);</li> <li>▪ Tendência da prática para o pólo da dependência (C).</li> </ul>
• <b>Eixo Democrático/</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstra conhecer exemplos práticos (A, B, C e D);</li> </ul>

<b>Autocrático</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conceito completo (A e C);</li> <li>▪ Conceito incompleto (B e D);</li> <li>▪ Tendência pessoal para o pólo democrático implícita (A, C e D);</li> <li>▪ Tendência pessoal para o pólo autocrático expressa (B);</li> <li>▪ Tendência da prática para o pólo autocrático (C e D).</li> </ul>
--------------------	---

### 4.3. Apresentação dos dados obtidos por questionário

Num primeiro momento proceder-se-á à caracterização dos alunos desta amostra e, num segundo momento, à apresentação dos resultados, propriamente dita, começando pelos conceitos, passando aos valores em PrS/EpS e, finalizando com os dados relativos às práticas de EpS.

A fonte dos dados obtidos através deste instrumento de recolha de dados e apresentados em gráficos, tabelas e quadros, omitir-se-á, uma vez que, se referem sempre a esta colheita.

#### 4.3.1. Caracterização dos respondentes

A caracterização dos respondentes é apresentada através de gráficos onde figuram todos os cursos que fazem parte da amostra em estudo, sendo mais desenvolvida no caso do Curso de Licenciatura em Enfermagem (E-VR) da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (ESEVR-UTAD), alunos que constituem o objecto principal deste estudo.

- **Curso e ano** - O universo dos alunos dos sete cursos do Ensino Superior, que fazem parte deste estudo, perfaz um total de 1132 alunos. Os cursos envolvidos são os seguintes:

- E-VR: Licenciatura em Enfermagem, ESEVR-UTAD;
- E-BR: Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Braga, Universidade do Minho (ESECG-UM);
- E-PO: Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de S. João no Porto (ESESJ);
- MED: Licenciatura em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto (ICBAS-UP);

- PEB: Licenciatura em 1º Ciclo do Ensino Básico, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho (IEC-UM);

- EI: Licenciatura em Educação de Infância, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho (IEC-UM);

- SSO: Licenciatura em Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa de Braga (FCSUCP).

A amostra é composta, por todos os alunos presentes no momento de recolha de dados e que voluntariamente preencheram os questionários, num total de 709 indivíduos, constituindo 62,6% do universo. Foram rejeitados seis questionários por serem “*outliers*” severos em relação à idade (Quadro 4.3.).

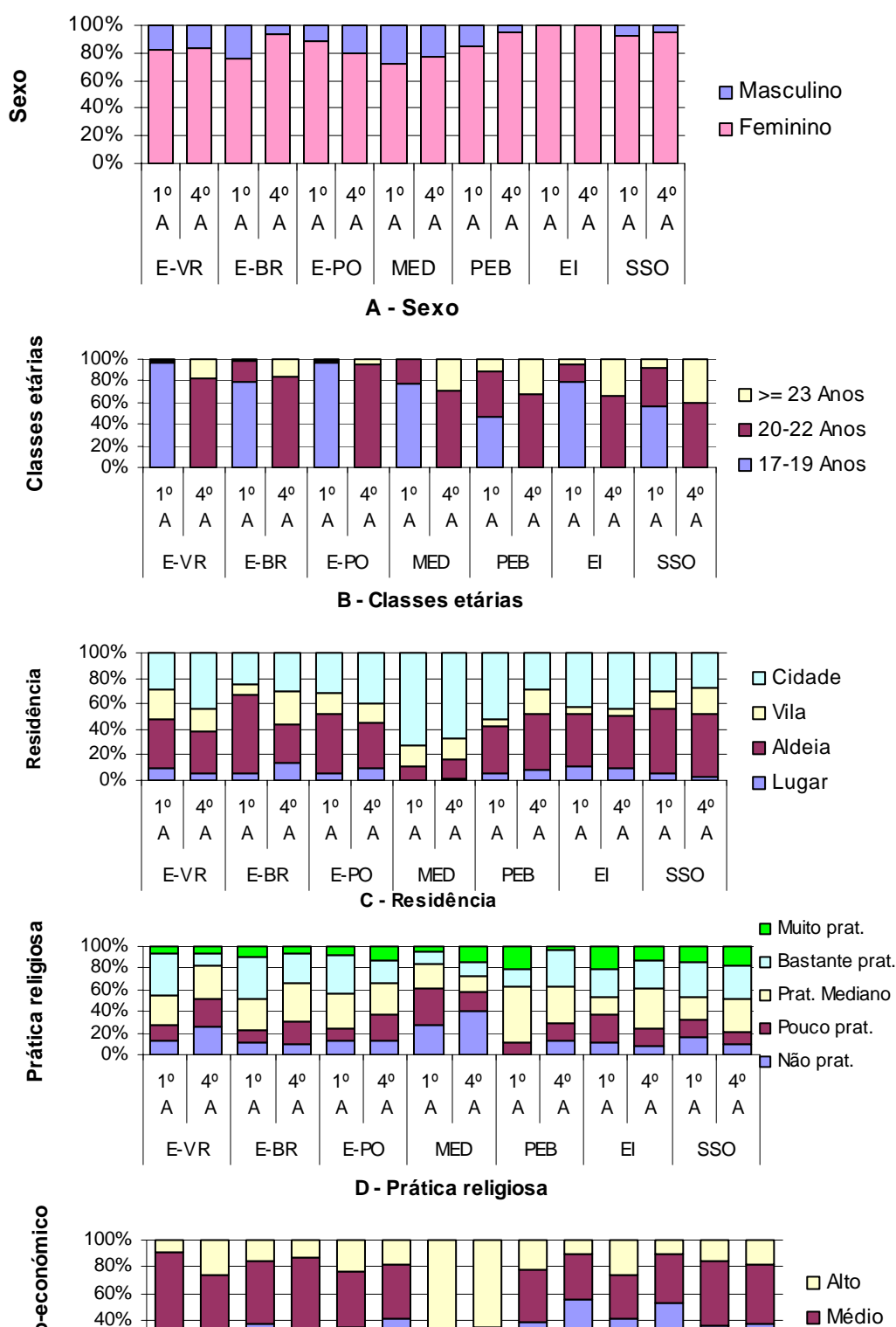
A percentagem de respondentes é mais elevada nos cursos de Enfermagem, alunos que demonstraram mais disponibilidade em participar neste estudo. Por outro lado, no curso de Medicina do ICBAS a percentagem de respondentes é muita reduzida, sobretudo no caso do 1º Ano, porque em relação a esta turma, o investigador não foi autorizado a fazer pessoalmente a recolha de dados e a colaboração dos alunos foi muito baixa (11,3%).

**Quadro 4.3** – Caracterização do universo e da amostra quanto ao curso e ano

Curso/Ano	Universo	Amostra	Respondentes (%)
<b>E-VR</b>	1º	67	85,9
	4º	50	<b>96,2</b>
<b>E-BR</b>	1º	<b>69</b>	<b>95,8</b>
	4º	<b>30</b>	85,7
<b>E-PO</b>	1º	102	69,9
	4º	101	86,3
<b>MED</b>	1º	18	<b>11,3</b>
	4º	54	<b>36,7</b>
<b>PEB</b>	1º	19	44,2
	4º	38	71,7
<b>EI</b>	1º	19	40,4
	4º	41	69,5
<b>SSO</b>	1º	57	82,6
	4º	44	80,0
<b>Total</b>	1132	709	62,6

- **Género, idade, residência, prática religiosa e Nível Sócio-Económico (NSE)**  
 – Os dados referentes a estas variáveis constam da Fig. 4.5, que apresenta um gráfico por cada variável.

O **sexo** feminino (Fig. 4.5 A) é largamente maioritário em todos os cursos, que fazem parte do presente estudo, sendo o curso de EI frequentado exclusivamente por alunas. Esta predominância é menos acentuada, no curso de MED, curso que apresenta uma proporção ligeiramente maior de elementos do sexo masculino.



**Fig. 4.5** - Caracterização da amostra quanto ao sexo (A), à classe etária (B), à residência (C), à prática religiosa (D) e Nível Sócio-económico (E) dos alunos

- E-VR: Licenciatura em Enfermagem, ESEVR-UTAD;
- E-BR: Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Braga -Universidade do Minho (ESECG-UM);
- E-PO: Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de S. João do Porto (ESESJ);
- MED: Licenciatura em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP);
- PEB: Licenciatura em 1º Ciclo do Ensino Básico, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho (IEC-UM);
- EI: Licenciatura em Educação de Infância, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho (IEC-UM);
- SSO: Licenciatura em Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa de Braga (FCSUCP).

Relacionou-se a variável cursos com a variável sexo e verificou-se existirem diferenças altamente significativas ( $\chi^2$ :  $p=0,000$ ) entre os cursos. Nos cursos de EI (RA<sup>4</sup> = +3,3), SSO (RA= +2,5) e PEB (RA= +1,2) existe uma proporção de alunas superior ao valor esperado no teste estatístico. No lado oposto, estão os outros cursos de entre os quais se destaca o curso de MED (RA= -2,5), no qual o teste indica que se deveria esperar maior proporção de alunas.

No que diz respeito à **classe etária** (Fig. 4.5 B) verifica-se como esperado, que no 1º ano o escalão dos 17-19 anos é o predominante, sendo o curso de E-VR o mais jovem (97% dos alunos) e o curso PEB o menos jovem (47,4%). No 4º ano a faixa etária dos 20-22 anos é a preponderante, existindo ainda alunos com mais de 23 anos em todos os cursos, sendo estes mais representativos nos cursos de SSO (40,9%), EI (34,1%) e PEB (31,6%) (Fig. 4.5 B). As médias de idade mais elevadas encontram-se nos cursos de PEB (21,6 anos), MED (21,4 anos) e EI (21,3 anos), enquanto que os cursos de Enfermagem têm os alunos mais jovens (Quadro 4.4).

**Quadro 4.4** - Distribuição da amostra quanto à variável idade por curso

<sup>4</sup> RA: Resíduo Ajustado (Ver secção 3.6.2 da metodologia)

Medidas/Cursos (Anos)	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO
Média de idades	19,7	19,7	19,7	21,4	21,6	21,3	20,9
Desvio padrão	2,02	1,84	1,77	2,00	2,70	2,63	2,73
Moda	18	18	18	22	21	21	20
Mínimo	17	17	17	18	17	17	17
Máximo	25	26	24	27	30	30	30

O teste estatístico mostra que existem diferenças altamente significativas ( $\chi^2$ :  $p=0,000$ ) entre os cursos, no que se refere às classes etárias. O curso E-VR é aquele que regista maior proporção de alunos jovens do que o esperado pelo teste (RA= +3,6 no escalão etário dos 17-19 anos), enquanto que no curso de PEB e MED, existem menos alunos jovens do que o esperado pelo teste (RA= -3,9). Por outro lado, os cursos de SSO e EI são aqueles que têm mais alunos no escalão etário mais elevado ( $\geq 23$  anos) do que seria de esperar pelo teste (RA= +3,3 e 3,0) e o curso E-PO, aquele onde existem menos alunos do que o esperado neste escalão etário (RA= -4,9).

Constata-se que a **residência** durante a infância de grande parte dos alunos dos diversos cursos foi a aldeia, excepto no caso do curso de MED, no qual a maioria dos alunos viveu a maior parte da sua infância numa cidade (Fig. 4.5 C). Esta questão acerca da residência durante a infância foi colocada para servir de indicador de diferenças sócio-culturais.

Relacionou-se a variável Cursos com a variável Residência durante a infância, tendo-se constatado existirem diferenças altamente significativas ( $\chi^2$ :  $p=0,000$ ) entre os cursos. Os que mais contribuem para estas diferenças são o curso de MED em que menos alunos do que o esperado pelo teste viveram na aldeia (RA= -4,8) e mais alunos do que o esperado viveram na cidade (RA= +5,7). Pelo contrário, residiram durante a infância na aldeia mais alunos nos cursos E-BR (RA= +2,4) e SSO (RA= +2,2) do que seria de esperar pelo teste.

Quanto à prática religiosa dos alunos, verifica-se que a maioria dos alunos, em todos os cursos, considera ter uma **prática religiosa** “Mediana” (28,8%), destacando-se o 4º ano do curso de PEB (52,6%) (Fig. 4.5 D). No extremo de “Não praticante”, salienta-se

o curso de MED, sobretudo, a turma do 4º ano (40,7%), mas também a turma do 1º ano (27,8%).

As diferenças são altamente significativas ( $\chi^2$ :  $p=0,000$ ) entre as proporções de alunos dos diversos cursos, no que concerne à prática religiosa. Os cursos que mais contribuem para estas diferenças são o curso de MED, no qual existem mais alunos “Não praticantes” do que seria de esperar pelo teste (RA= +5,4) e menos alunos com prática “Mediana” (RA= -2,4) e “Bastante praticantes” (RA= -3,0). No sentido contrário, está o curso de PEB no qual existem mais alunos com uma prática “Mediana” do que seria de esperar pelo teste (RA= +2,0).

O maior grupo de alunos desta amostra, pertence ao **Nível Sócio-Económico** (NSE) “Médio” (41,7%). No entanto, os alunos dos cursos de PEB e de EI, sobretudo, as turmas do 4º ano, enquadram-se maioritariamente no NSE “Baixo”, respectivamente, 55,3% e 53,7% dos alunos. Pelo contrário os alunos do curso de MED, sobretudo, os da turma do 1º ano (66,7%) enquadram-se no NSE “Alto”. Neste curso, o NSE “Baixo” é inexistente no 1º ano (0%) e residual no 4º ano (13%).

Também se verificou existirem diferenças estatísticas altamente significativas ( $\chi^2$ :  $p=0,000$ ), entre os alunos destes cursos em relação ao NSE. Assim, os cursos que mais explicam estas diferenças são o curso de MED, no qual existem mais alunos no NSE Alto do que seria de esperar pelo teste (RA= +9,3) e menos alunos no NSE Médio (RA= -3,1). Por outro lado, nos cursos de EI (RA= +2,4) e PEB (RA= +2,3) existem mais alunos no NSE Baixo do que seria esperado.

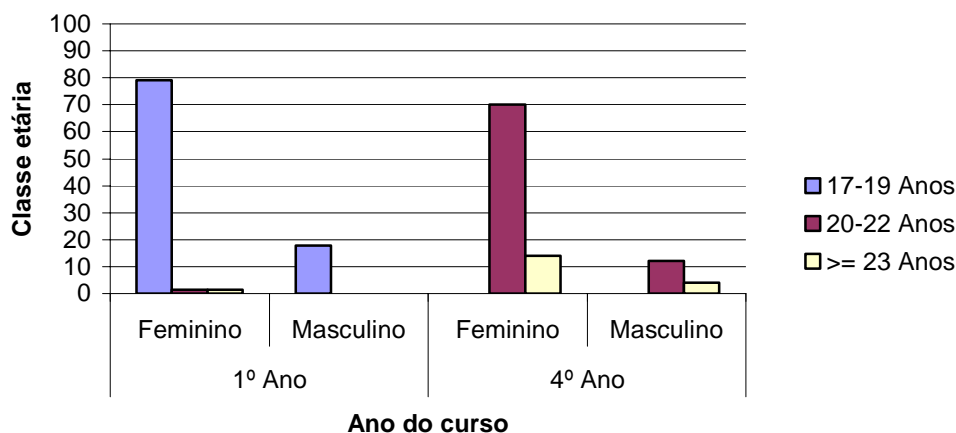
É de salientar que a distribuição dos alunos do curso de MED destaca-se claramente das restantes, quanto às variáveis Residência durante a infância, Prática religiosa e Nível sócio-económico. Assim eles residem essencialmente na Cidade, são geralmente Não ou Pouco praticantes e enquadram-se na sua maioria no Nível sócio-económico Alto.

Sendo o curso de **E-VR**, o principal objecto de estudo desta tese, procedeu-se a uma caracterização mais aprofundada, tendo-se cruzado a variável “Classe etária” com a variável “Sexo” por Ano de curso (Figura 4.6) e ao cruzamento da variável “Residência durante a infância” com a variável “Prática religiosa” por Ano de curso (Figura 4.7).

No 1º ano deste curso, como era esperado, a quase totalidade dos alunos, pertence à classe etária dos 17-19 anos, sendo a única classe etária, onde existem elementos do sexo masculino. No 4º ano não existem alunos na classe etária dos 17-19 anos e a classe

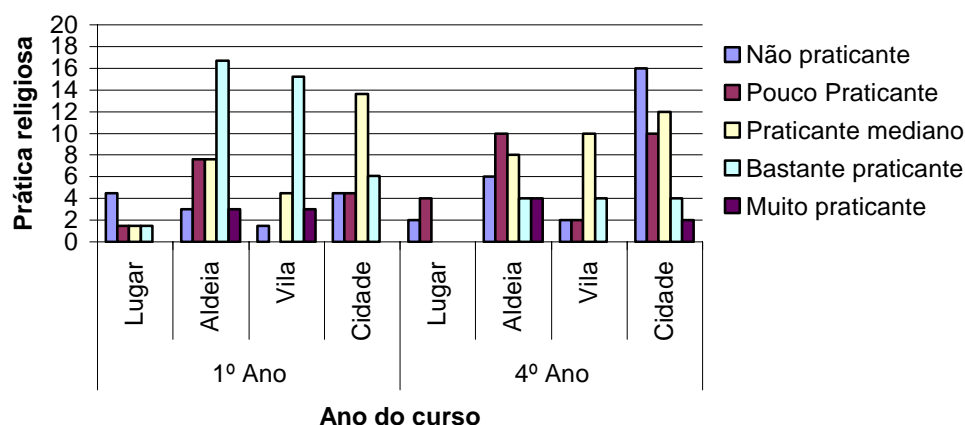


etária predominante, em ambos os sexos, é a dos 20-22 anos. Ambas as turmas são constituídas maioritariamente por alunas: 82,5% no 1º ano e 84% no 4º ano.



**Fig. 4.6** - Distribuição dos alunos da ESEVR quanto ao sexo e à classe etária por ano de curso

No 1º ano, o maior grupo de alunos, que residiu numa Aldeia (16,7%) ou numa Vila (15,2%), considera-se “Bastante praticante” (Fig. 4.7), enquanto que o maior grupo que residiu numa Cidade (13,6%), assinala ter uma prática “Mediana”. Assim neste ano, a maior intensidade da prática religiosa, parece ser um comportamento, dos alunos provenientes das Aldeias e Vilas. No 4º ano o padrão dos alunos, que residiram durante a infância numa Aldeia ou numa Vila aproxima-se do padrão dos alunos que residiram numa Cidade. Embora, o maior grupo de alunos, que residiu numa Cidade (16%), se considere “Não praticante”, o segundo grupo mais representado tem uma prática “Mediana” (12%), valor muito próximo do maior grupo de alunos, que residiu numa Vila (10,0%) e do segundo maior grupo que residiu numa Aldeia (8%), que também consideram ter uma prática “Mediana”. O grupo de “Pouco praticantes” que residiu na Aldeia tem a mesma proporção de alunos que o grupo com a mesma prática religiosa que residiu na Cidade.



**Fig. 4.7** - Distribuição dos alunos da ESEVR quanto à residência durante a infância e prática religiosa por ano do curso

#### 4.3.2. Conceito de Saúde, Promoção da Saúde, Educação para a Saúde e conceitos interligados

Para estudar a conceptualização da Promoção da Saúde/Educação para a Saúde é fundamental, previamente, reflectir sobre o conceito de saúde e outros conceitos interligados na área da Saúde Pública, uma vez que são conceitos estruturantes na formação de enfermeiros. Por esse motivo, decidiu-se estudar diferentes conceitos de Saúde, Saúde Pública, Saúde Escolar, PrS e EpS.

##### **4.3.2.1. Representação mental do conceito de Saúde**

Neste sub-capítulo serão apresentados os resultados relativos à solicitação feita aos inquiridos para que escrevessem uma palavra ou curta expressão, que lhes viesse espontaneamente à ideia, sobre o conceito de “Saúde” (Ver questão 1 do questionário, Anexo III).

Na quantificação da palavra-chave “Bem-estar”, para além desta palavra isolada, foram também consideradas as associações da mesma, às diversas dimensões da saúde (Física, mental, social e espiritual). Nas palavras-chave “Centro de saúde”, “Doença”, “Enfermeiro”, “Hospital”, “Médico” e “Medicamento” foram também quantificados os seus plurais. Na quantificação da palavra-chave “Educação” incluiu-se a expressão “Educação para a Saúde”. Cada palavra-chave podia ser indicada pela totalidade dos inquiridos, sendo tratada como uma variável, pelo que a soma das percentagens de todas as palavras-chave, ultrapassa largamente os 100%.

As palavras-chave assinaladas com maior frequência, na totalidade da amostra, foram “Bem-estar”, “Hospital”, “Doença”, “Médico” e “Enfermeiro”. O Quadro 4.5 apresenta em negrito, as cinco primeiras palavras mais utilizadas pelo total de alunos da amostra e a frequência relativa mais elevada de cada palavra-chave.

**Quadro 4.5** – Palavras-chave utilizadas pelos alunos inquiridos para representar o termo “Saúde” (%)

Cursos\ Palavras-chave	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Total
<b>Bem-estar</b>	85,5	<b>93,9</b>	89,7	73,6	68,4	66,7	41,6	<b>77,4</b>
<b>Hospital</b>	<b>65,8</b>	39,4	46,3	40,3	59,6	58,3	44,6	<b>49,8</b>
<b>Doença</b>	47,0	48,5	39,4	52,8	36,8	<b>53,3</b>	48,5	<b>45,6</b>
<b>Médico</b>	48,7	34,3	27,6	50,0	52,6	<b>56,7</b>	44,6	<b>41,2</b>
<b>Enfermeiro</b>	<b>51,3</b>	35,4	28,1	18,1	26,3	23,3	20,8	<b>30,3</b>
Alimentação	10,3	9,1	16,7	27,8	<b>63,2</b>	35,0	9,9	20,0
Prevenção	17,1	21,2	21,7	<b>29,2</b>	14,0	11,7	10,9	18,6
Medicamento	10,3	8,1	11,8	12,5	<b>45,6</b>	41,7	26,7	18,5
Centro de saúde	<b>24,8</b>	8,1	20,7	16,7	14,0	18,3	16,8	17,9
Vida	17,9	17,2	20,2	16,7	8,8	<b>28,3</b>	13,9	17,9
Qualidade de vida	6,0	9,1	<b>31,5</b>	13,9	21,1	0,0	4,0	15,0
Cuidados	10,3	<b>24,2</b>	16,3	16,7	12,3	15,0	3,0	14,1
Exercício	8,5	9,1	10,3	33,3	<b>35,1</b>	11,7	9,9	14,1
Alegria	18,8	10,1	<b>19,7</b>	2,8	1,8	16,7	7,9	13,1
Equilíbrio	7,7	<b>20,2</b>	19,2	8,3	10,5	1,7	2,0	11,7
Educação	3,4	14,1	11,3	<b>33,3</b>	7,0	5,0	5,0	10,7
Ausência de doença	<b>26,5</b>	4,0	10,3	9,7	3,5	3,3	4,0	10,0
Enfermagem	14,5	15,2	<b>16,7</b>	1,4	1,8	3,3	0,0	9,9
Higiene	11,1	1,0	6,9	2,8	<b>45,6</b>	6,7	8,9	9,7
Promoção	3,4	<b>20,2</b>	14,8	15,3	0,0	1,7	2,0	9,6

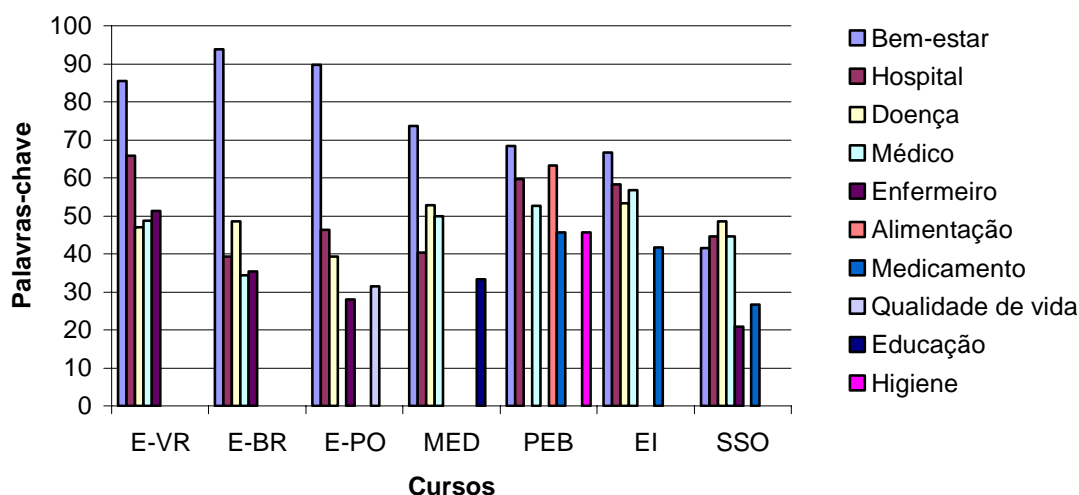
A palavra-chave mais utilizada para representar o termo “Saúde”, pelos alunos inquiridos, foi “**Bem-estar**”, tendo emergido 549 vezes (77,4%), ou seja, mais de três quartos da mostra indicaram esta palavra-chave.

Os cursos que mais contribuíram para este facto, foram os cursos da área da saúde, sobretudo os três cursos de Enfermagem, dos quais se destaca o curso de E-BR (93,9%) (Quadro 4.5). Estes cursos são seguidos pelo curso de MED (73,6%). Os cursos que menos contribuíram foram o SSO (41,6%) e o curso de EI (66,7%). No entanto, em

todos os cursos, esta palavra-chave, emergiu o maior número de vezes, excepto, no curso de SSO em que passou a ser a terceira palavra-chave mais assinalada. Esta palavra-chave, marca uma diferenciação clara, entre os cursos da área da saúde e os que não pertencem a este sector.

Uma reflexão acerca das cinco palavras-chave mais utilizadas pelos alunos para representar o conceito de “saúde” permite referir que apesar da palavra-chave mais utilizada ser “**Bem-estar**”, que pode ser associada a um conceito positivo de saúde, todas as outras (“Hospital”, “Doença”, “Médico”, e “Enfermeiro”), estão relacionadas com unidades prestadoras de cuidados de saúde/doença diferenciadas e com prestadores de cuidados de saúde. Uma das palavras-chave “**Doença**”, permite inclusive a associação a um conceito de saúde negativo. Por outro lado, a predominância destas palavras-chave, poderá estar ligada a uma visão reducionista dos determinantes de saúde, apontando, apenas, para os cuidados de saúde, deixando de fora, os outros determinantes de saúde como a Biologia, Estilos de Vida e o Ambiente.

As diferenças, entre as representações mentais de saúde, entre os diferentes cursos, apresentam-se na Fig. 4.8, na qual as palavras-chave estão ordenadas da maior frequência para a menor, a nível de cada curso.



**Fig. 4.8** – Palavras-chave utilizadas pelos alunos dos diversos cursos para representar saúde

Os alunos dos cursos de E-VR e E-BR, utilizam mais vezes para representar o termo “Saúde”, as mesmas cinco palavras, embora em posições diferentes. Os primeiros são os alunos que atribuem maior relevo ao Hospital e têm a representação mais negativa de Saúde. O curso E-PO introduz na quarta posição a palavra-chave “**Qualidade de vida**”,

relegando para sexta palavra-chave mais utilizada “**Médico**”. Este resultado poderá dever-se ao facto da Escola Superior de Enfermagem de S. João (Porto), possuir uma linha de investigação, no âmbito da qualidade de vida e realizar um congresso anual subordinado a esta temática.

Por seu lado, o curso de MED, mantém quatro das cinco palavras-chave mais indicadas na totalidade da amostra, introduzindo a palavra “**Educação**”, em quinto lugar, deixando de fora a palavra “**Enfermeiro**”. É interessante verificar, que um curso da área da saúde, mais vocacionado para o tratamento, assinale uma palavra-chave da área da educação, e esqueça outro importante profissional de saúde: o “Enfermeiro”.

O curso fora do sector da saúde, onde as diferenças são maiores, é o de PEB. Os alunos deste curso, embora continuem a utilizar mais a palavra-chave “**Bem-estar**”, introduzem nas primeiras cinco palavras-chave, duas diferentes: “**Alimentação**” e “**Medicamento**”. Em relação aos dois primeiros cursos, retiram das primeiras cinco palavras-chave, “**Doença**” e “**Enfermeiro**”. É, ainda, de salientar, que a palavra-chave “**Alimentação**” poderá ser associada ao determinante de saúde Estilo de vida.

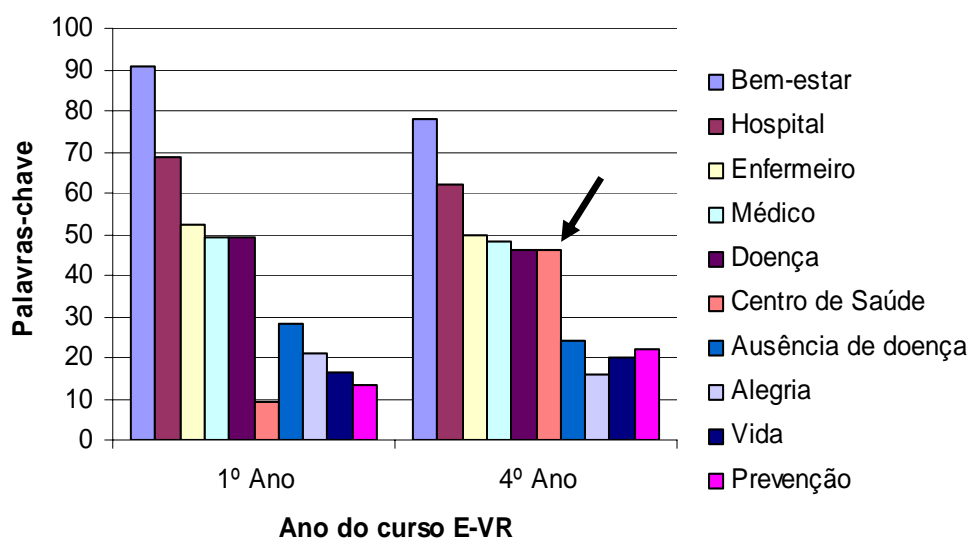
O curso de EI, mantém quatro das cinco palavras-chave mais utilizadas, retirando a palavra-chave “**Enfermeiro**” e introduzindo a palavra-chave “**Medicamento**”, também associada ao tratamento e aos cuidados de saúde.

Por último, o curso de SSO mantém as cinco palavras-chave mais utilizadas, embora com uma ordenação diferente e devido à igualdade de posicionamento, em segundo lugar, entre as palavras-chave “**Hospital**” e “**Médico**” foi introduzida a palavra-chave “**Medicamento**” na quarta posição.

#### 4.3.2.2. Evolução do conceito de Saúde

##### i) Curso de E-VR (Enfermagem de Vila Real)

Com vista a se analisar a evolução dos conceitos de “Saúde” ao longo de cada curso, representam-se de seguida as diferenças, entre os alunos do 1º e do 4º ano dos diversos cursos. Começa-se pelo curso de **E-VR**, em que as palavras-chave estão ordenadas da maior frequência para a menor (Fig. 4.9).



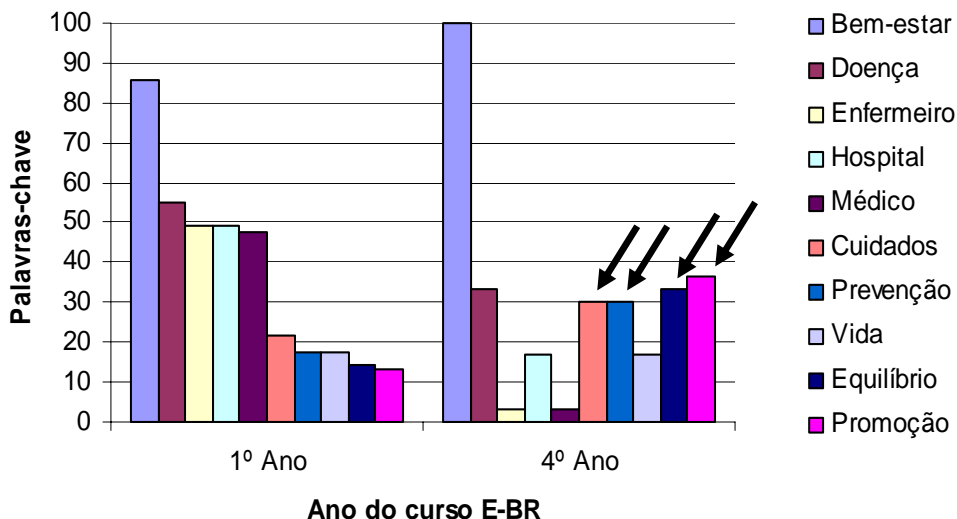
**Fig. 4.9** – Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do Curso E-VR para representar o termo "saúde"

De uma forma geral não há grandes diferenças entre o 1º e o 4º ano do curso de E-VR, no que diz respeito à frequência das palavras-chave relativas ao conceito de "Saúde". As únicas diferenças, que se observam é que os alunos do 4º ano indicaram com mais frequência, a palavra-chave "**Centro de saúde**", que se posiciona na quinta posição (conjuntamente com a palavra-chave "**Doença**"), enquanto que no 1º ano aparece como última opção (Fig. 4.9). Assim, tanto uns como outros, parecem ser atraídos pelos mesmos focos "**unidades de saúde**" e "**técnicos de saúde**", que podem ser associados ao determinante de saúde Cuidados de saúde. O efeito da formação reflecte-se apenas na importância dos "Centros de Saúde", expressa pelos alunos do 4º ano.

#### ii) Curso de E-BR (Enfermagem de Braga)

As principais diferenças, na representação mental do conceito de saúde, entre os alunos do curso de **E-BR**, situam-se na descida, do 1º para o 4º ano, da frequência das palavras-chave "**Doença**", "**Enfermeiro**", "**Hospital**" e "**Médico**", mais acentuada na palavra-chave "**Enfermeiro**" e "**Médico**", correspondendo a uma subida, da frequência das palavras-chave "**Equilíbrio**" e "**Promoção**", que passa a emergir no 4º ano, ainda mais vezes do que "**Equilíbrio**" (Fig. 4.10). O efeito da formação parece fazer com que os alunos deixem de estar tão centrados na "**doença**" (conceito negativo) e nos

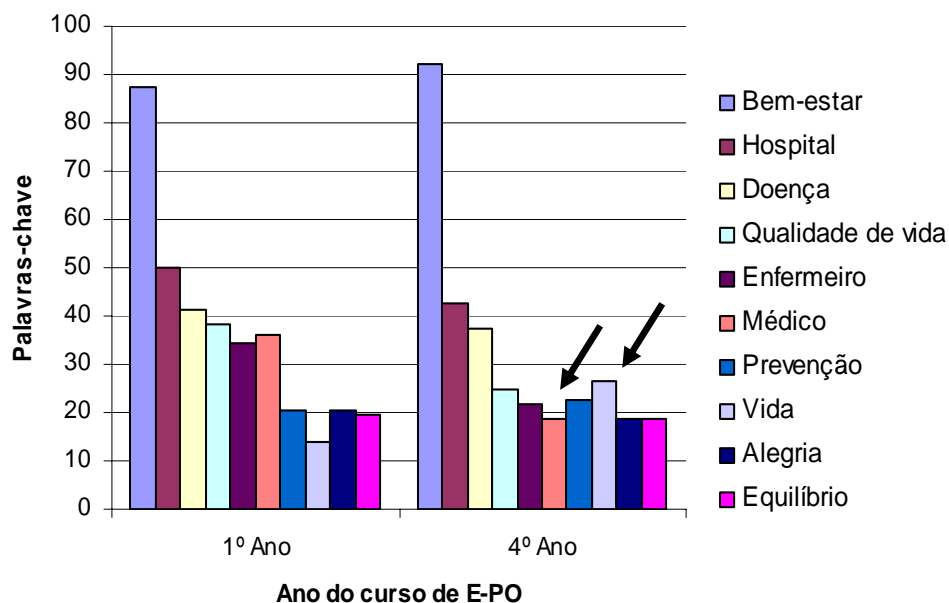
“técnicos de saúde”, para incluir a “**promoção**” (conceito positivo), que está ligada ao determinante de saúde Estilos de vida.



**Fig. 4.10** – Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4ºano do Curso E-BR para representar o termo "saúde"

### iii) Curso de E-PO (Enfermagem do S. João – Porto)

No curso de **E-PO**, as diferenças entre o 1º e o 4º ano quanto à representação mental do termo “Saúde”, são diminutas. Salienta-se a diminuição acentuada da frequência da palavra-chave “**Médico**” e o aumento da frequência da palavra-chave “**Vida**”. Neste caso, a formação, parece provocar uma ligeira queda, da influência da perspectiva técnico-centrica, para uma perspectiva positiva, associada à vida e ao viver (Fig. 4.11).



**Fig. 4.11** – Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do Curso de E-PO para representar o termo "saúde"

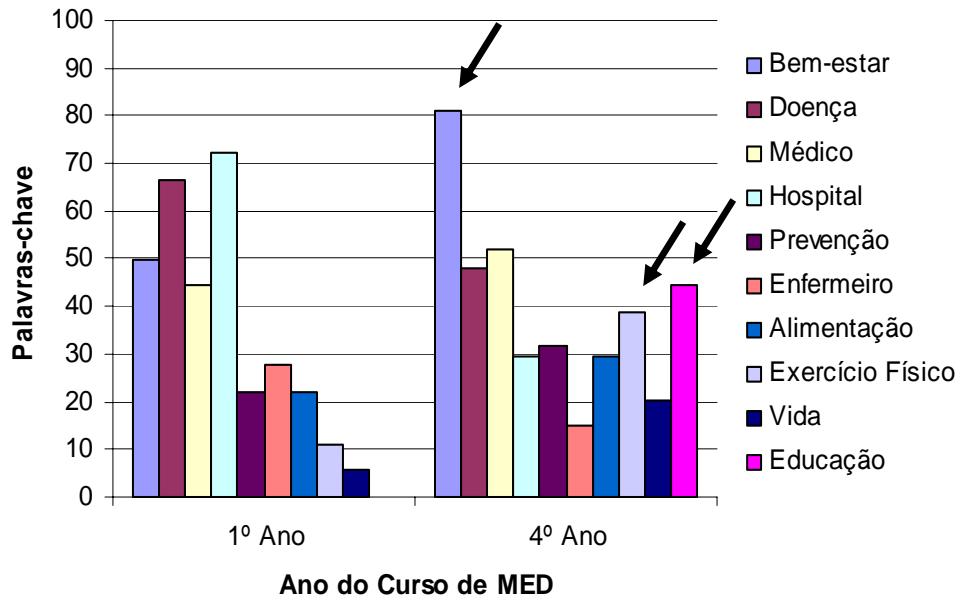
#### iv) Curso de MED (Medicina do ICBAS)

Quanto ao curso de **MED**, a nível das diferenças na representação mental de saúde, destaca-se a descida, do 1º para o 4º ano, da frequência das palavras-chave “**Doença**”, “**Hospital**” e “**Enfermeiro**” e uma correspondente subida da frequência da palavra-chave “**Bem-estar**” e “**Exercício físico**”, assim como a introdução de uma nova palavra-chave, a “**Educação**” (Fig. 4.12). No caso deste curso, a formação parece provocar a mudança de uma perspectiva reducionista de saúde, associada à doença e aos técnicos de saúde, para uma perspectiva abrangente, relacionada com o bem-estar, mas sobretudo, com os estilos de vida saudáveis e com a Educação.

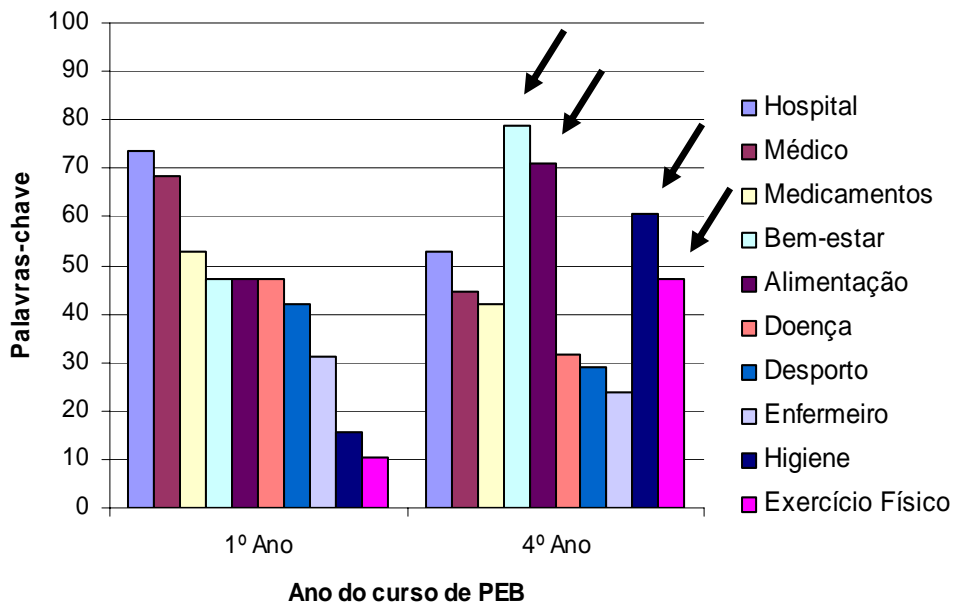
#### v) Curso de PEB (Professores do Ensino Básico)

No que se refere, às diferenças na representação mental do termo saúde, entre os alunos do 1º e 4º ano do curso de PEB, salienta-se a diminuição da frequência das palavras-chave “**Hospital**” e “**Médico**”, mas sobretudo, o aumento acentuado, da frequência das palavras-chave “**Bem-estar**”, “**Alimentação**”, “**Higiene**” e “**Exercício físico**”, uma de cariz positivo e as outras associadas ao determinante de saúde Estilo de vida (Fig. 4.13).





**Fig. 4.12** – Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do Curso de MED para representar o termo "saúde"

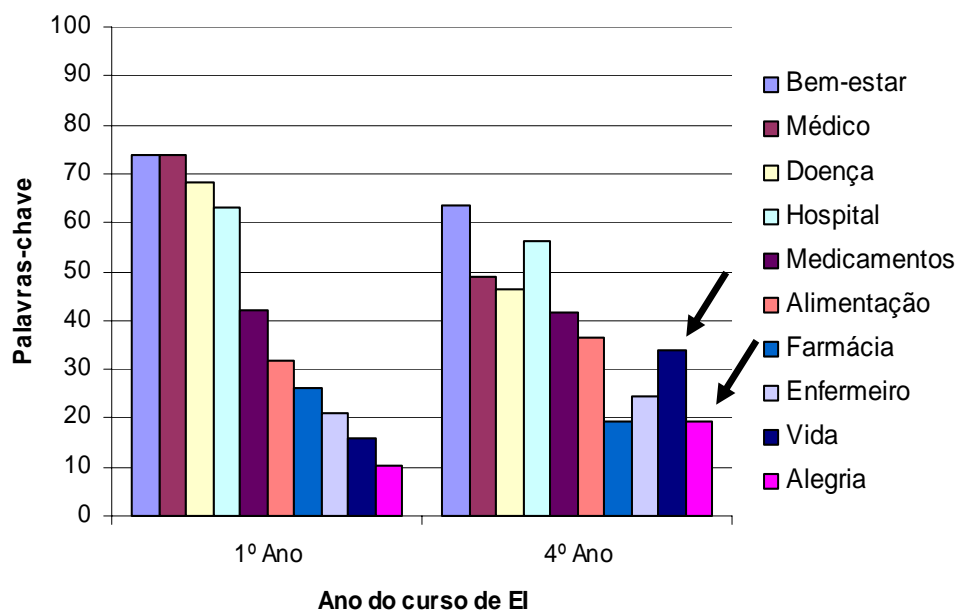


**Fig. 4.13** - Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do Curso de PEB para representar o termo "saúde"

O efeito da formação é notório, pois, enquanto na turma do 1º ano, predomina uma visão sócio-cultural de saúde, o aumento das palavras-chave, acima mencionadas, no 4º ano, pode ficar a dever-se ao desenvolvimento das temáticas da alimentação e da higiene, no decorrer do curso.

vi) Curso de EI (Educação de Infância)

As diferenças entre a representação mental do conceito de saúde dos alunos do 1º e do 4º ano do curso de EI são mais diminutas. Do 1º para o 4º ano, dá-se uma descida da frequência, das palavras-chave “**Médico**” e “**Doença**”, esta de cariz negativo e uma subida da frequência, das palavras-chave “**Vida**” e “**Alegria**” ambas de cariz mais positivo (Fig. 4.14). Deste modo, o efeito da formação, parece ter-se revelado na mudança de um conceito mais negativo para um de sentido mais positivo de vida.

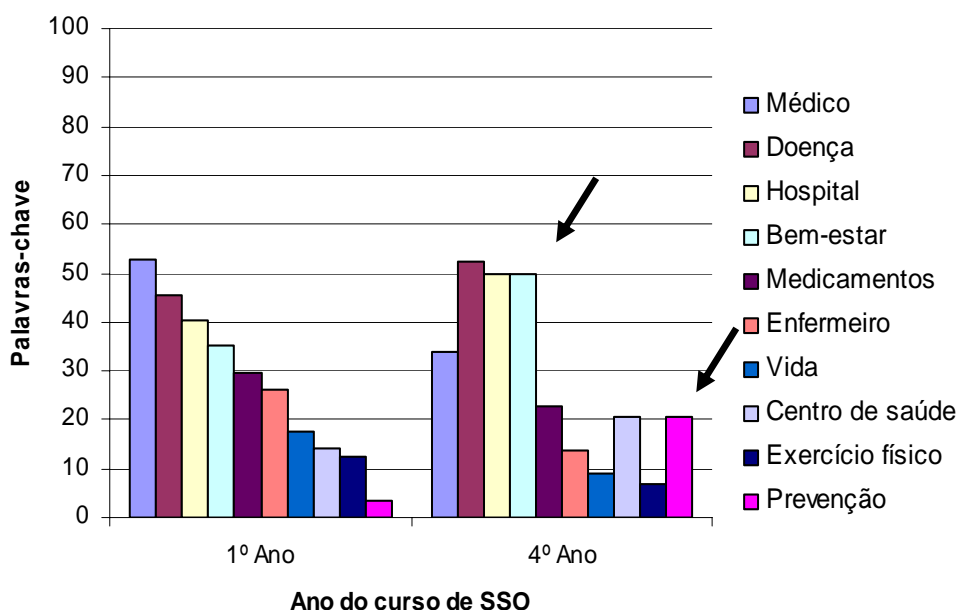


**Fig. 4.14** - Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do Curso de EI para representar o termo "saúde"

vii) Curso de SSO (Serviço Social)

Por último, no caso do curso de SSO, no que concerne à evolução da representação mental do termo saúde, do 1º para o 4º ano, destaca-se uma diminuição da frequência, da palavra-chave “**Médico**”, associada aos cuidados de saúde e um aumento da frequência, das palavras-chave “**Bem-estar**” e sobretudo, “**Prevenção**”, ambas de cariz

positivo (Fig. 4.15). Tal como no caso do curso de EI, a formação neste curso, também parece favorecer uma visão mais positiva do conceito de saúde.



**Fig. 4.15** - Frequência das palavras-chave utilizadas pelos alunos do 1º e do 4º ano do Curso de SSO para representar o termo "saúde"

Em suma, no que concerne à evolução do conceito de Saúde, destacamos os cursos de E-BR, MED e PEB. O curso de E-BR é aquele onde se verificam mais descidas das frequências das palavras-chave ligadas à visão reducionista de Saúde (Doença, Hospital, Enfermeiro e Médico), logo seguido pelo curso de MED. Por sua vez, o curso de PEB é aquele onde se constata mais aumentos da frequência das palavras-chave ligadas ao conceito abrangente de Saúde, ligado ao estilo de vida (Bem-estar, Alimentação, Higiene, Exercício físico), seguido também pelo curso de MED. Este curso introduz uma nova palavra-chave "Educação" e o curso de PEB "Alimentação" e "Medicamento". São, por isso, os cursos nos quais é mais visível a mudança de uma perspectiva reducionista de saúde, associada às unidades e técnicos de saúde, para uma perspectiva mais abrangente, associada à promoção de estilos de vida saudáveis, do 1º para o 4º ano.

No caso do curso de E-VR, não se notam alterações na perspectiva de Saúde, do 1º para o 4º ano, uma vez que tanto os alunos do 1º como do 4º ano, indicaram palavras-chave associadas às unidades e técnicos de saúde, tendo por isso ambos uma visão negativa e técnico-cêntrica de Saúde.

### Representação da noção de Saúde por imagens

Perguntámos aos alunos dos diversos cursos, qual a imagem, de entre um grupo de quatro (Fig. 4.16), que melhor representava, para cada um deles, a noção de saúde. Pretendia-se que os respondentes associassem a Fig. 4.16 A à dimensão mental e psíquica da saúde, a Fig. 4.16 B à dimensão física, a Fig. 4.16 C à dimensão social e a Fig. 4.16 D à dimensão familiar e emocional do mesmo conceito.

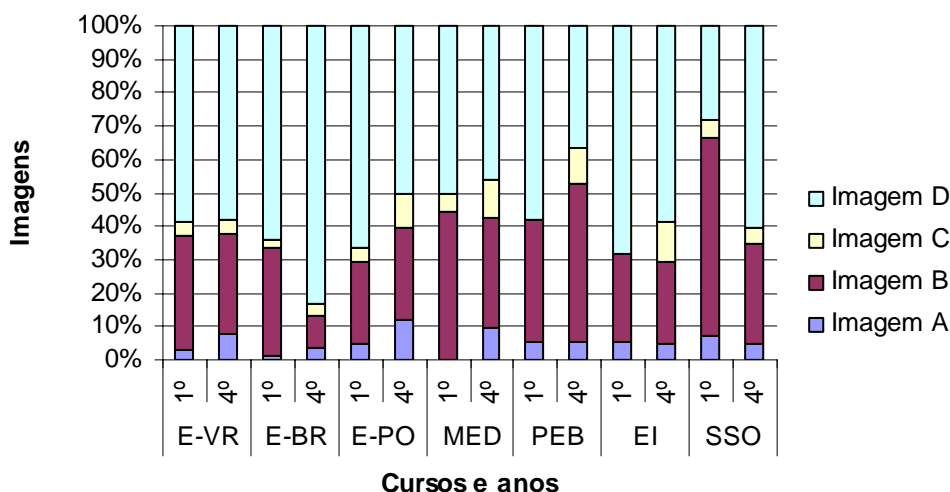


**Fig. 4.16** – Conjunto de quatro imagens que representam a noção de saúde quanto à dimensão mental (A), dimensão física (B), dimensão social (C) e dimensão familiar e emocional (D)

A maioria dos alunos, de cada um dos sete cursos, indicou que era a imagem da figura 4.16 D, que se centra na dimensão familiar e emocional da saúde (Fig. 4.17). Exceptuam-se, os alunos, do 4º ano do curso de PEB e os alunos do 1º ano do curso de SSO, que escolheram maioritariamente a figura 4.16.B, centrada na dimensão física da saúde.

Os cursos, que mais contribuíram, para que a figura 4.16 D fosse a mais escolhida, foram o curso de E-BR, E-PO e EI e os que menos contribuíram, foram o curso de SSO, PEB e MED. O curso de E-VR ocupa uma posição intermédia, mas favorável àquela figura. No entanto, a maioria dos alunos, dos diversos cursos, não relacionou como o previsto, a figura 4.16 com as dimensões da saúde. São excepções, o 4º ano do curso de PEB e o 1º ano do curso de SSO, em que existe uma ligeira vantagem dos alunos, que

fizeram essa relação, em detrimento dos que não o fizeram. Contudo, a proporção de alunos do 4º ano, que relacionam conforme previsto as imagens com a respectiva dimensão da saúde, é quase sempre superior à proporção de Alunos do 1º ano, com exceção dos cursos de EI e SSO, onde acontece o inverso.



**Fig. 4.17** – Distribuição da amostra quanto à imagem que melhor representava a noção de saúde por ano do curso (%)

O teste de  $\chi^2$  para verificar se existiam diferenças estatísticas significativas, entre os cursos, no que diz respeito à escolha das figuras, não se pode considerar, dado que 21,4% das células, têm uma frequência esperada inferior a 5. Procedeu-se, no entanto, ao cruzamento desta variável “escolha das figuras” com os “estabelecimentos de ensino”, tendo-se constatado existirem diferenças significativas ( $\chi^2$ :  $p=0,016$ ), em que os alunos do curso de SSO da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica (Braga), são os que mais escolhem a figura da dimensão física e os do curso de E-BR da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Braga, são os que menos a escolhem. Por sua vez, o quadro inverte-se com os mesmos estabelecimentos em relação à figura 4, da dimensão familiar e emocional (Fig. 4.17).

Não se constataram diferenças estatisticamente significativas, entre o 1º e o 4º ano, de cada um dos cursos, em relação à escolha das figuras. No entanto, no conjunto dos cursos, verificou-se existirem diferenças muito significativas ( $\chi^2$ :  $p=0,005$ ), entre o 1º e o 4º ano, sendo que os alunos do 1º ano, optam mais pelas figuras centradas na dimensão física e familiar, enquanto que os alunos do 4º ano optam preferencialmente

pela dimensão mental e social. No seu conjunto, estes resultados sugerem que será o efeito da idade/maturidade e não o da formação, que se terá reflectido na selecção da imagem que melhor representa o conceito de “Saúde” na perspectiva dos alunos.

#### 4.3.2.3. Importância atribuída aos conceitos

Com o objectivo de avaliar a importância atribuída aos diferentes conceitos, o questionário (Anexo III) apresentava frases que têm implícito determinado conceito e os respondentes teriam de as ordenar por ordem de importância (Ver secção 3.6.2.2. da metodologia).

Pretendeu-se estudar dois tipos de conceitos de saúde: o conceito de saúde *positivo versus negativo* e o conceito *dinâmico versus estático*. Considerou-se que a frase contém implicitamente, um conceito de saúde “**positivo**”, quando equipara saúde a bem-estar e inclui para além da dimensão física, as dimensões mental e social; um conceito de saúde “**negativo**”, quando define saúde como ausência de doença e a reduz, apenas, à dimensão física. Por outro lado, considerou-se que a frase contém de forma implícita um conceito “**dinâmico**”, quando considera que a separação entre saúde e doença não é absoluta, que formam um continuum, existindo diferentes graus de saúde e de doença e têm em conta a capacidade de funcionamento das pessoas; um conceito “**estático**”, quando afirma existir uma separação absoluta entre saúde e doença.

No que diz respeito, ao conceito de Saúde Pública (SP) considerou-se um conceito “**abrangente**”, quando a frase faz referência à contribuição da SP, para a melhoria da saúde de toda a população ou à interligação entre a saúde e o meio ambiente. Se pelo contrário, refere que a SP protege os indivíduos, enquanto pessoas individuais ou faz a ligação entre saúde e o comportamento individual, considerou-se um conceito “**reducionista**”.

Se a frase faz referência à Saúde Escolar (SE), como um conjunto de actividades sistemáticas ou considera que tem como alvos a criança (indivíduo), o grupo e o ambiente, considerou-se ser um conceito “**abrangente**”. Por outro lado, se reduz a SE a actividades no âmbito da Saúde Oral ou apenas, considera como alvo das actividades de SE a criança, enquanto indivíduo, classificou-se como conceito “**reducionista**”.

Se a frase refere que a Promoção da Saúde (PrS) é um processo, que ajuda as pessoas a controlar a sua saúde ou que desenvolve as capacidades das pessoas, estimulando a sua participação, considerou-se ser um conceito “**abrangente**”. Se pelo contrário, se apenas afirma, que a PrS evita o aparecimento da doença ou a considera

como uma estratégia de prevenção da doença, designou-se como conceito “**reducionista**”.

Por último, considerou-se ser um conceito de Educação para a Saúde (EpS) “**activo**”, quando a frase retrata a EpS como um processo de aprendizagem interactivo, feito com as pessoas. Por outro lado, se a frase reduz a EpS, a uma actividade de transmissão de conhecimentos ou a considera como uma actividade feita para as pessoas, o conceito implícito de EpS é o conceito “**passivo**”.

Procedeu-se, ainda, à avaliação da valorização dos vários conceitos em estudo, com base na fórmula apresentada por Vallejo (2002: 85):  $V = 100 - ( \Sigma R - N / NK - N ) \times 100$  (Ver secção 3.6.2.2. da metodologia). O valor V oscila entre 0 e 100 de forma contínua. Se todos os respondentes atribuíssem 1 (mais importante) à mesma frase (conceito) obter-se-ia uma valorização V igual a 100. Caso todos atribuíssem 4 (menos importante) à mesma frase, esta teria um V igual a 0.

Os dados relativos à frequência relativa da frase considerada mais importante, de cada conceito, pelos alunos dos diversos cursos, constam dos quadros da análise dos dados.

**i) Conceito de saúde Positivo/Negativo** – A frase relativa a este conceito considerada mais importante pela grande maioria dos alunos de todos os cursos desta amostra (77,2%) é a F.Pos.1, de cariz “**positivo**” (Questionário Anexo III). Os cursos que mais contribuíram para este facto foram o curso de MED (88,9%) e o de E-BR (83,8%). No lado oposto, estão os cursos de EI (60,0%) e SSO (61,4%), que seleccionaram fortemente a F.Neg.1 de cariz “**negativo**”, respectivamente, 31,7% e 28,7%. A outra frase com cariz positivo, a F.Pos.2, foi considerada mais importante por um reduzido grupo de alunos, em cada um dos diferentes cursos (Quadro 4.6).

**Quadro 4.6** – Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de Saúde “**Positivo/Negativo**” por curso (%)

Conceito/Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Total Fr (Fa)
Saúde Positivo/ Negativo F.Pos.1	77,8	83,8	82,3	<b>88,9</b>	77,2	<b>60,0</b>	61,4	<b>77,2</b> (547)
F.Pos.2	10,2	10,1	7,4	9,7	5,3	8,3	8,9	8,6 (61)
F.Neg.1	12,0	6,1	9,3	1,4	17,5	31,7	28,7	13,5 (96)
F.Neg.2	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,7 (5)
Total	100	100	100	100	100	100	100	100%

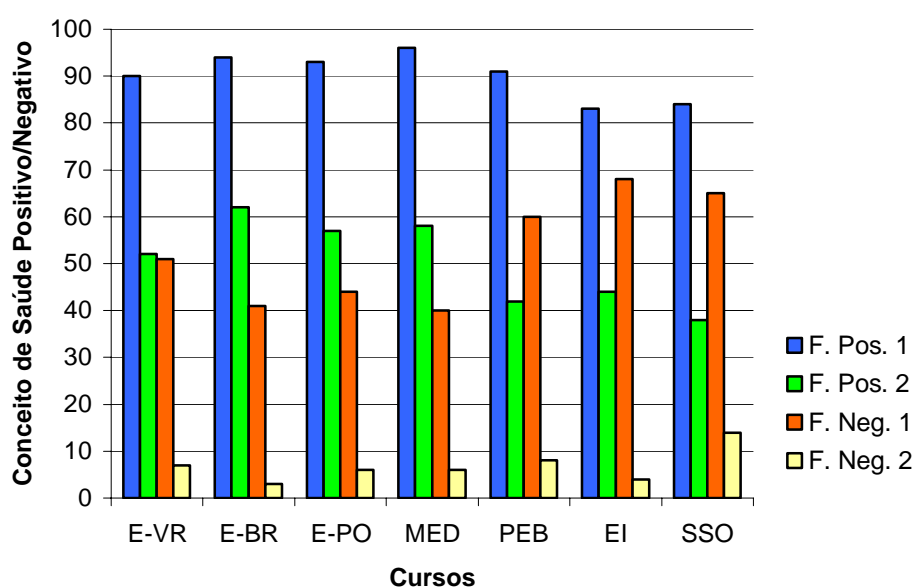
F.Pos.1 (Frase Positiva 1) - Desfrutar bem-estar físico, mental e social

F.Pos.2 (Frase Positiva 2) - Estar em paz consigo e com os outros

F.Neg.1 (Frase Negativa 1) - Não ter nenhuma doença

F.Neg.2 (Frase Negativa 2) - Quase nunca tomar medicamentos

A valorização das frases relativas, a este conceito, dada pela fórmula de Vallejo (2002), encontra-se representada graficamente na Fig. 4.18. A análise da figura confirma a descrição feita atrás. Assim, e em resumo a frase que obteve a maior valorização (V), em todos os cursos, foi a F.Pos.1. A valorização mais alta obtida nesta frase é a do curso de MED, seguida da do curso de E-BR. A valorização mais baixa pertence aos cursos de EI e SSO. A F.Neg.1 foi muito valorizada nos cursos, que não pertencem ao sector da saúde (PEB, EI e SSO). O curso de E-VR tem uma posição intermédia entre os cursos de saúde e os outros cursos, que não pertencem a esse sector (Fig. 4.18).

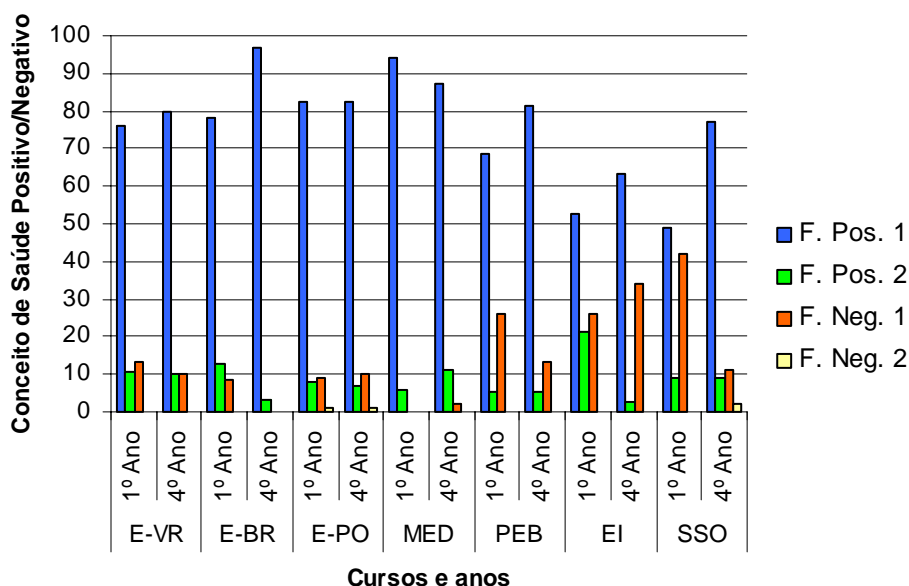


**Fig. 4.18** - Valorização das frases do conceito de Saúde “**Positivo/Negativo**” por curso



Aplicou-se o teste de Friedman às frequências que os grupos de alunos dos diversos cursos e do 1º e do 4º ano de cada curso, atribuíram às quatro frases, que tinham implícito um determinado conceito. Este teste não paramétrico, baseia-se nas ordens de cada caso, comparando as pontuações médias de cada variável (frase). As classificações (*rankings*) geradas pelo teste, mais elevadas, correspondem às frases consideradas menos importantes, no mesmo sentido da atribuição dos códigos (1 para a frase mais importante; 4 para a frase menos importante). Ou seja, quanto maior é a importância atribuída à frase, menor é a classificação (Ver secção 3.6.2.2 da metodologia).

Constata-se, através deste teste, aplicado a cada curso e ao 1º e 4º ano de cada curso, que existem diferenças altamente significativas ( $p= 0,000$ ) entre as 4 frases, sendo a F.Pos.1 a que tem menor classificação, ou seja, é a frase considerada mais importante em todos os cursos (Fig. 4.19). No que diz respeito ao ano do curso, tanto o 1º ano como o 4º ano consideram a F.Pos.1, a mais importante. No entanto a classificação, é ligeiramente superior no 4º ano (+0,01), nos cursos de E-VR e E-PO e bastante superior no 4º ano do curso de MED do que no 1º ano (+0,07). Isto quer dizer, que neste último curso, os alunos do 1º ano, consideram mais importante a F.Pos.1, do que os alunos do 4º ano. Parece, pois, no caso do curso de MED, que a formação tem pouco impacto no desenvolvimento de uma visão positiva da saúde.



**Fig. 4.19** - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de Saúde “**Positivo/Negativo**” por ano do curso (%)

ii) **Conceito de Saúde Dinâmico/Estático** – A frase relativa a este conceito, considerada mais importante pela maioria dos alunos desta amostra (62,0%), é a F.Din.1, de cariz “**dinâmico**” (Quadro 4.7). Os cursos com maior proporção de alunos nesta tendência, foram o curso de MED (66,7%) e o curso de E-PO (64,0%). Os cursos que menos contribuíram para esta predominância foram, de novo, o curso de EI (55,0%) e o SSO (59,4%). As frases de tendência “**estática**” foram consideradas mais importantes, apenas, por grupos residuais em todos os cursos, embora maiores nos cursos de E-VR, PEB e EI (Quadro 4.7).

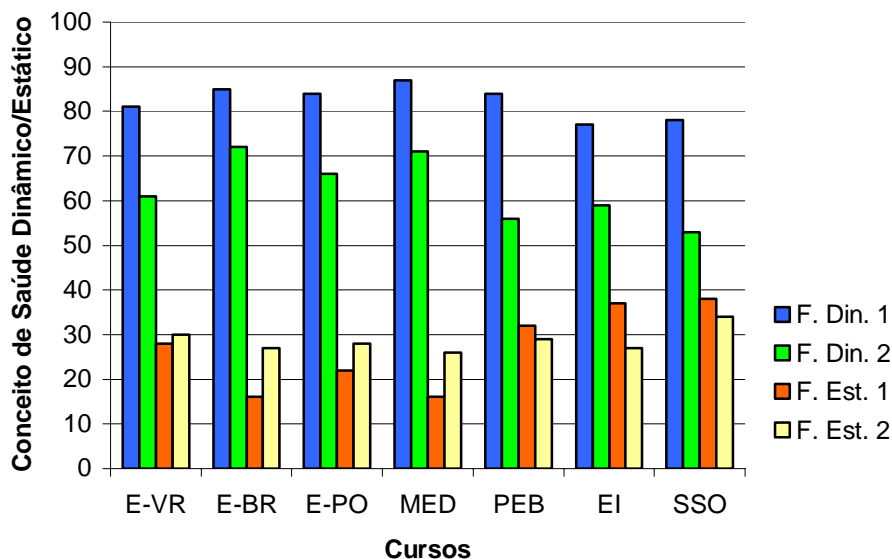
**Quadro 4.7** - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de Saúde “**Dinâmico/Estático**” por curso (%)

Conceito\Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Total Fr (Fa)
Saúde Dinâmico/ Estático F.Din.1			0,5					NR - 0,1 (1)
F.Din.2	59,8	63,6	64,0	<b>66,7</b>	63,2	<b>55,0</b>	59,4	<b>62,0</b> (440)
F.Est.1	23,9	32,4	25,7	29,2	21,1	28,3	25,7	26,4 (187)
F.Est.2	12,0	3,0	5,4	0,0	10,4	10,0	9,9	7,1 (50)
Total	4,3	1,0	4,4	4,1	5,3	6,7	5,0	4,4 (31)
Total	100	100	100	100	100	100	100	100%

**Legenda:** F.Din.1 (Frase Dinâmica 1) - Existem diferentes graus de saúde e de doença  
 F.Din.2 (Frase Dinâmica 2) - Realização das tarefas diárias  
 F.Est.1 (Frase Estática 1) - A separação entre saúde e doença é absoluta  
 F.Est.2 (Frase Estática 2) - Uma pessoa ou tem saúde ou está doente

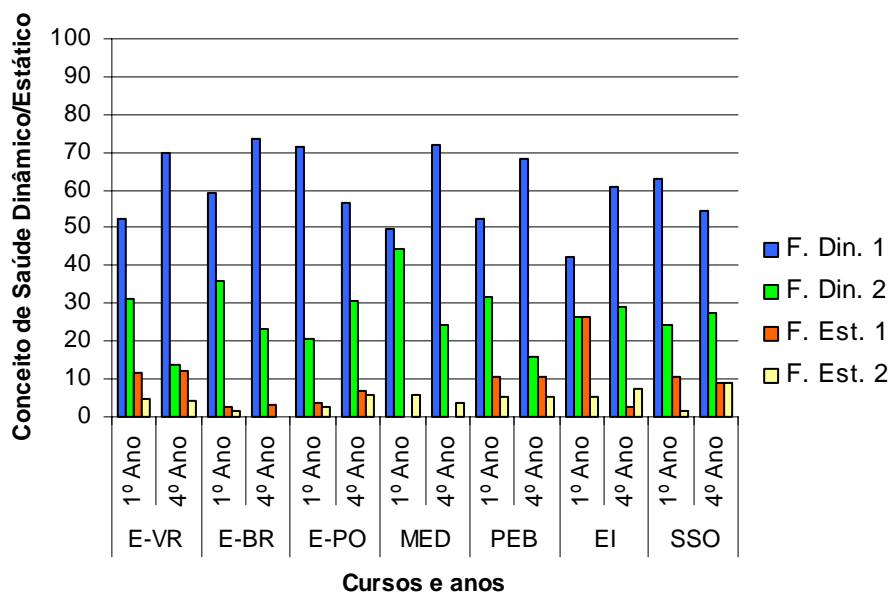
A representação gráfica da valorização das frases (Vallejo, 2002), referentes ao conceito de saúde Dinâmico/Estático, confirma a descrição atrás efectuada (Fig. 4.20). Resumidamente: a frase que obteve maior valorização, em todos os cursos, foi a F.Din1. O curso em que se obteve uma maior valorização nesta frase, foi o de MED e a menor foi obtida no curso de EI. O curso de MED é o que menos valoriza as frases estáticas. O curso de E-VR posiciona-se entre o curso de PEB e de SSO (Fig. 4.20).

Existem diferenças altamente significativas (Friedman:  $p=0,000$ ) na importância atribuída às quatro frases relativas a este conceito de saúde, quer se trate dos cursos ou dos anos. A menor classificação (maior importância), no caso dos cursos, foi sempre atribuída à F.Din.1, de cariz dinâmico. No caso dos anos, a frase com menor *ranking*, é também a F.Din.1. Também neste caso, tanto os alunos do 1º ano, como do 4º ano, consideram esta frase, a mais importante (Fig. 4.21). Existem, no entanto, algumas diferenças que se passam a apresentar. A classificação obtida, através do teste, para a F.Din.1, é superior no caso dos alunos do 4º ano no curso de E-PO (+ 0,19) e no curso



**Fig. 4.20** - Valorização das frases do conceito de Saúde “**Dinâmico/Estático**” por curso

de SSO (+ 0,11) à dos alunos do 1º ano, significando que estes alunos conferem maior grau de importância à referida frase. Estes dados estão de acordo com os descritos anteriormente. São por isso os cursos onde parece notar-se menos, o efeito da formação.



**Fig. 4.21** - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de Saúde “**Dinâmico/Estático**” por ano do curso (%)

**iii) Conceito de Saúde Pública** – A frase considerada mais importante por grande parte dos alunos da amostra (32,3%) é a F.Abr.1 de cariz “**abrangente**” (Quadro 4.8). Contudo, a F.Red.1 de cariz “**reducionista**” é considerada mais importante por 27,1% dos alunos, constituindo a segunda frase mais escolhida. A percentagem de alunos que considerou as frases F.Red.2 e a F.Abr.2, como mais importantes, é muito aproximada das outras duas. As respostas dos alunos distribuem-se, quase uniformemente, por todas as frases, talvez demonstrativo de algum desconhecimento do conceito.

Os cursos que mais contribuíram para que a F.Abr.1, seja considerada a mais importante, foram o curso de PEB (40,4%), logo seguido pelo curso de MED (40,3%). Estas percentagens, são menos expressivas, que nos conceitos anteriores. Os que menos contribuíram foram o curso de E-PO (24,1%) e o curso de E-VR (29,1%), até porque os seus alunos consideraram como mais importante, respectivamente, a F.Red.1 e a F.Abr.2 (Quadro 4.8).

**Quadro 4.8** - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “**Saúde Pública**” por curso (%)

Conceito\Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Total Fr (Fa)
Saúde Pública	0,8						2,0	NR – 0,4 (3)
F.Abr.1	29,1	36,4	<b>24,1</b>	40,3	<b>40,4</b>	31,7	39,6	<b>32,3</b> (229)
F.Abr.2	31,6	21,2	26,6	11,1	24,6	8,3	9,9	21,9 (155)
F.Red.1	24,8	30,3	27,6	19,4	15,8	45,0	28,7	27,1 (192)
F.Red.2	13,7	12,1	21,7	29,2	19,2	15,0	19,8	18,3 (130)
Total	100	100	100	100	100	100	100	100%

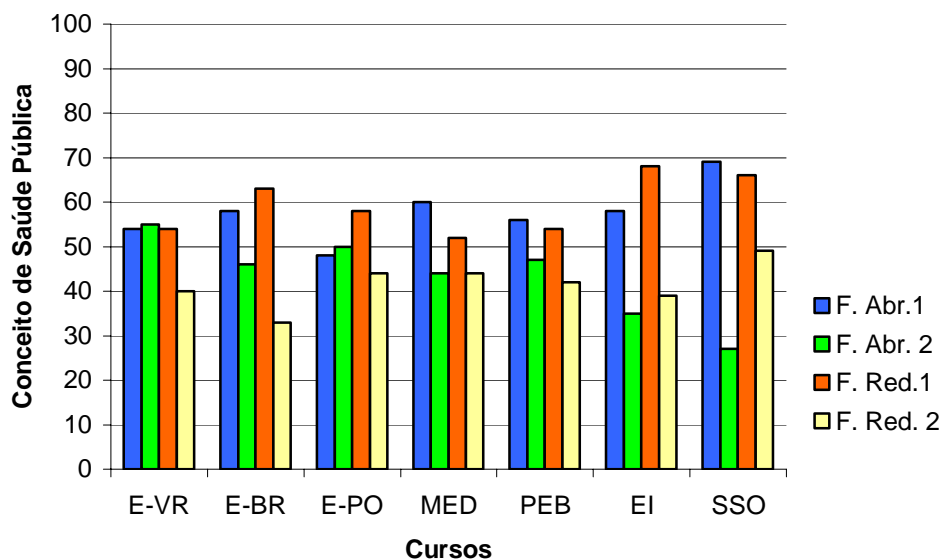
**Legenda:** F.Abr.1 (Frase Abrangente 1) - Protege as populações

F.Abr.2 (Frase Abrangente 2) - Faz a ligação entre o estado de saúde e o ambiente

F.Red.1 (Frase Reducionista 1) - Protege as pessoas individuais e as famílias

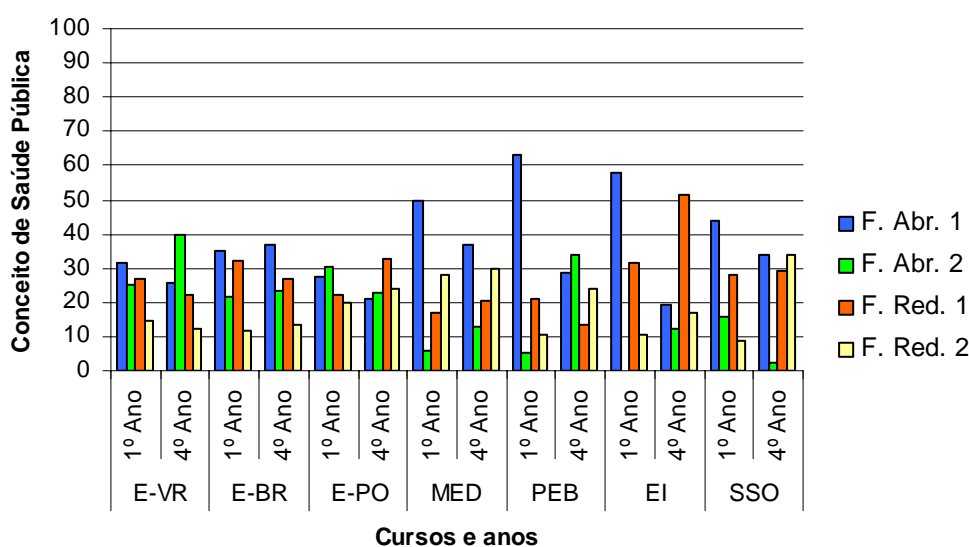
F.Red.2 (Frase Reducionista 2) - Faz a ligação entre o estado de saúde e o comportamento individual

Esta dispersão pode ser observada na Fig. 4.22, na qual todas as quatro frases, quase em todos os cursos, obtiveram valorizações muito semelhantes. As valorizações são todas baixas. O curso que mais valoriza a F.Abr.1 é o de SSO, sendo também aquele que menos valoriza a F.Abr.2 e mais valoriza as frases reducionistas. O curso que menos valoriza a F.Abr.1 é o de E-PO, valorizando mais a F.Abr.2. Neste curso, a frase que obteve maior valorização, foi a F.Red.1, assim como nos cursos de E-BR e EI. Isto constitui mais um sinal do desconhecimento do conceito de Saúde Pública.



**Fig. 4.22** - Valoração do tipo de conceito de “Saúde Pública” por curso

Na aplicação dos testes de Friedman, ao curso de E-VR verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas (Friedman:  $p= 0,033$ ) na importância atribuída às frases, sendo a F.Abr.2 de tendência “**abrangente**”, considerada a mais importante. A nível do 1º ano, a situação altera-se, passando a F.Red.1 de tendência “**reducionista**” a ser considerada a mais importante, enquanto no 4º ano a F.Abr.2 mantém-se como a mais importante. Contudo, a nível dos anos não se verificaram diferenças significativas na importância atribuída às frases (Fig. 4.23).



**Fig. 4.23** - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “Saúde Pública” por ano do curso (%)

O curso de E-BR é o único em que a proporção de alunos, que seleccionou as duas frases de cariz abrangente, aumenta do 1º para o 4º ano. Contudo, a frase considerada mais importante pela totalidade de alunos deste curso é a F.Red.1, tendo-se constatado diferenças altamente significativas (Friedman:  $p=0,000$ ). No lado oposto, está o curso de SSO, em que a referida proporção de alunos diminuiu do 1º para o 4º ano, existindo diferenças altamente significativas (Friedman:  $p=0,000$ ), sendo a F.Abr.1 considerada a mais importante, pelo total de alunos, 1º e 4º ano. No entanto, os alunos do 1º ano atribuem mais importância a esta frase do que os alunos do 4º ano.

No curso de E-PO, tanto o total de alunos, como o 1º e o 4º ano consideram a F.Red.1 como a mais importante, existindo diferenças significativas a nível do total de alunos do curso e do 4º ano.

Salienta-se, ainda, a elevada proporção de alunos do 1º ano do curso de PEB e EI, que consideraram a F.Abr.1 como a mais importante, tendo diminuído no 4º ano. No caso do curso de EI esta diminuição é acompanhada de um aumento da proporção da F.Red.1 a nível do 4º ano. Os alunos do curso de PEB atribuem maior importância à F.Abr.1, não existindo diferenças estatísticas significativas (Friedman:  $p=0,274$ ), enquanto que os alunos do curso de EI consideram a F.Red.1 como a mais importante, constatando-se diferenças altamente significativas (Friedman:  $p=0,000$ ).

Assim, o efeito da formação parece ser positivo na construção de um conceito abrangente, no caso dos alunos do curso de E-VR, inexistente ou com pouca influência, no caso dos cursos de E-BR, MED, PEB e SSO e mesmo negativo no caso dos cursos de E-PO e EI.

**iv) Conceito de Saúde Escolar** – A frase relativa a este conceito, à qual é atribuída mais importância pela maioria dos alunos da amostra (53,5%) é a F.Abr.1, de cariz “**abrangente**” (Quadro 4.9). Foi considerada mais importante pelos alunos de todos os cursos, excepto, pelos alunos do curso de E-BR, que consideraram mais importante a F.Abr.2, também de cariz “**abrangente**”.

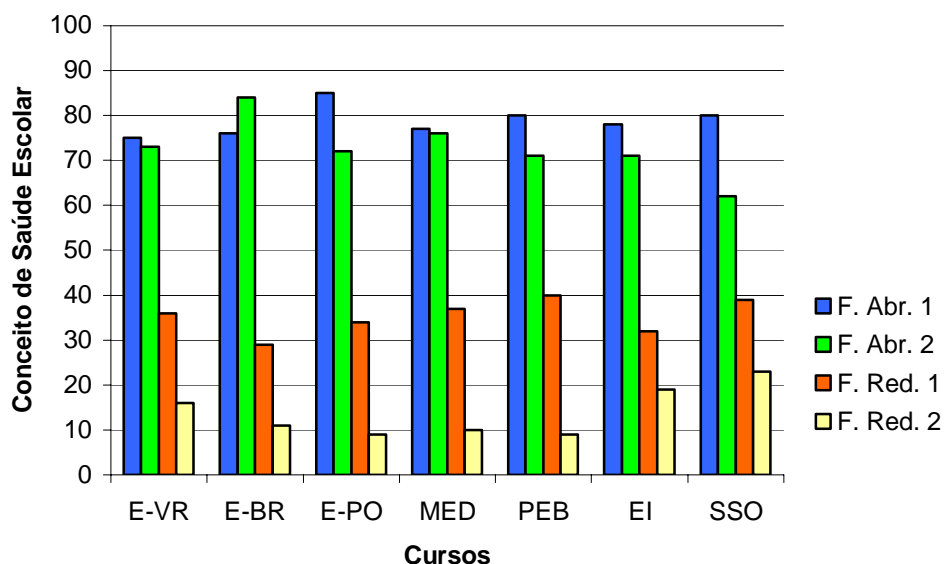
Os cursos que mais contribuíram para este facto, foram o curso de E-PO (63,1%) e PEB (56,1%). Os que menos contribuíram, foram o curso de E-BR (40,4%) e o curso de E-VR (47,9%). Os grupos dos diversos cursos, que atribuíram mais importância às frases F.Red.1 e F.Red.2, de cariz “**reducionista**”, são residuais (Quadro 4.9).

**Quadro 4.9** - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “Saúde Escolar” por curso (%)

Conceito\Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Total Fr (Fa)
Saúde Escolar								
F.Abr.1	47,9	<b>40,4</b>	<b>63,1</b>	48,6	56,1	53,3	55,5	<b>53,5</b> (379)
F.Abr.2	41,0	55,6	32,5	43,1	31,6	38,3	27,7	37,9 (269)
F.Red.1	8,5	4,0	3,4	5,6	10,5	6,7	6,9	5,9 (42)
F.Red.2	2,6	0,0	1,0	2,7	1,8	1,7	9,9	2,7 (19)
Total	100	100	100	100	100	100	100	100%

**Legenda:** F.Abr.1 (Frase Abrangente 1) - Conjunto de actividades sistemáticas para melhorar o nível de saúde das crianças em idade escolar  
 F.Abr.2 (Frase Abrangente 2) - O alvo das actividades devem ser as crianças, o grupo e o ambiente  
 F.Red.1 (Frase Reducionista 1) - O alvo das actividades devem ser as crianças  
 F.Red.2 (Frase Reducionista 2) - Conjunto de actividades de Saúde Oral

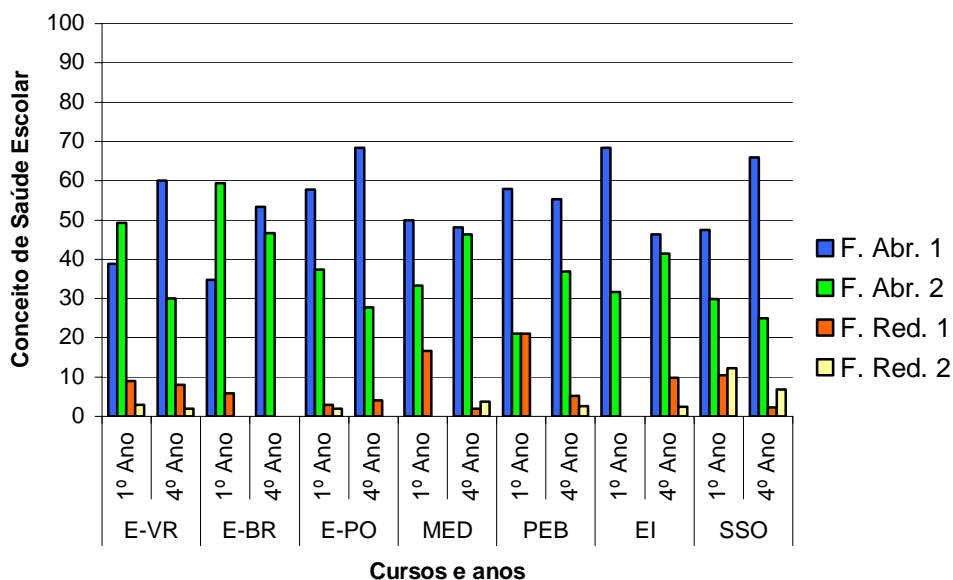
Isto mesmo, pode ser observado na figura da valorização (Vallejo, 2002) das quatro frases deste conceito. A frase mais valorizada por quase todos os cursos é a F.Abr.1, sendo o curso de E-PO aquele que mais a valoriza. A única excepção é o curso de E-BR, que valoriza mais a F.Abr.2. O curso em que se obtém uma menor valorização da F.Abr.1 é o curso de E-VR. O curso que mais aposta nas frases reducionistas, é o curso de SSO. Existe uma linha clara de diferenciação entre a valorização atribuída às frases abrangentes e às frases reducionistas, que é sempre menor (Fig. 4.24).



**Fig. 4.24** - Valorização do tipo de conceito de “Saúde Escolar” por curso

Constatou-se existirem diferenças altamente significativas (Friedman:  $p=0,000$ ), na importância atribuída às frases, a nível de quase todos os cursos e anos, sendo a F.Abr.1 considerada mais importante. As exceções são: o curso de E-VR em que o total de alunos do curso considera mais importante a referida frase, assim como o grupo de alunos do 4º ano, mas o 1º ano atribui maior importância à F.Abr.2, com uma diferença significativa; o curso de E-BR, em que, quer o total de alunos, quer o 1º ano e o 4º ano, consideram mais importante a F.Abr.2, sempre com diferenças significativas.

A formação parece desenvolver nos alunos um conceito abrangente de SE no caso dos cursos de E-VR, E-PO, MED, PEB e SSO, uma vez que através do *ranking* do teste de Friedman é possível verificar, que os alunos do 4º ano atribuem mais importância à F. Abr.1 do que os alunos do 1º ano. Nos cursos de E-BR e EI são os alunos do 1º ano a atribuírem mais importância, respectivamente, à F.Abr.2 e F.Abr.1.



**Fig. 4.25** - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “Saúde Escolar” por ano do curso (%)

v) **Conceito de Promoção da Saúde** – A frase considerada mais importante, pelo maior grupo desta amostra (35,4%), é a F.Abr.1 (Quadro 4.10). Os cursos que mais contribuíram para esta tendência são o curso de E-PO (43,3%) e de MED (37,5%). No lado contrário, temos os cursos de E-BR (27,3%) e de PEB (28,1%). Contudo, o curso de EI é aquele onde a posição abrangente é menos vincada. Neste último curso, o maior grupo de alunos, considerou mais importante, a F.Red.2. As percentagens de alunos dos diversos cursos, que consideraram a F.Abr.1 como mais importante, são menos expressivas, do que nos conceitos anteriores, verificando-se bastante dispersão das



respostas dos alunos pelas outras frases. A frase considerada mais importante, pelo menor grupo de alunos da amostra (15,4%), foi a F.Red.2 (Quadro 4.10).

**Quadro 4.10** - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “**Promoção da Saúde**” (PrS) por curso (%)

Conceito\Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Total Fr (Fa)
PrS			0,5				2,0	NR – 0,4 (3)
F.Abr.1	33,3	<b>27,3</b>	<b>43,3</b>	37,5	28,1	30,0	34,7	<b>35,4</b> (251)
F.Abr.2	27,4	45,5	36,5	27,8	26,3	6,7	16,8	29,1 (206)
F.Red.1	24,8	15,1	10,8	20,8	22,8	28,3	26,7	19,7 (140)
F.Red.2	14,5	12,1	8,9	13,9	22,8	35,0	19,8	15,4 (109)
Total	100	100	100	100	100	100	100	100%

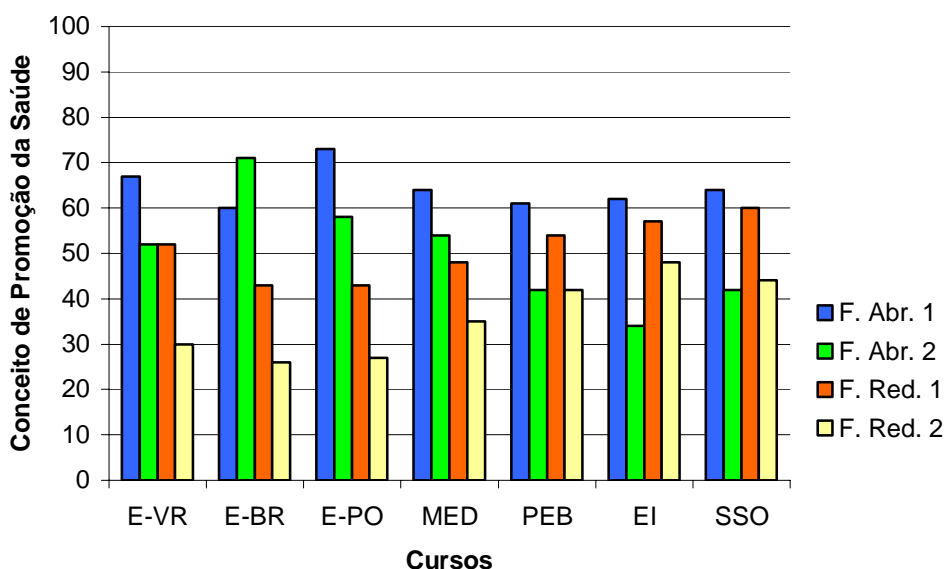
**Legenda:** F.Abr.1 (Frase Abrangente 1) - Processo que visa criar condições para que as pessoas controlem a sua saúde

F.Abr.2 (Frase Abrangente 2) - Visa desenvolver as capacidades das pessoas e estimular a participação

F.Red.1 (Frase Reducionista 1) - É uma estratégia de prevenção e defesa das pessoas

F.Red.2 (Frase Reducionista 2) - Conjunto de actividades destinadas a evitar a doença

Na representação gráfica da valorização (Vallejo, 2002) das frases relativas a este conceito (Fig. 4.26), pode observar-se a forte contribuição do curso de E-PO e E-VR para a predominância da F.Abr.1 “**abrangente**”, que é a frase mais valorizada por todos os cursos, excepto o curso de E-BR, que valoriza mais a F.Abr.2. Os cursos que mais contribuem para a valorização das frases “**reducionistas**”, são o curso de EI e SSO.

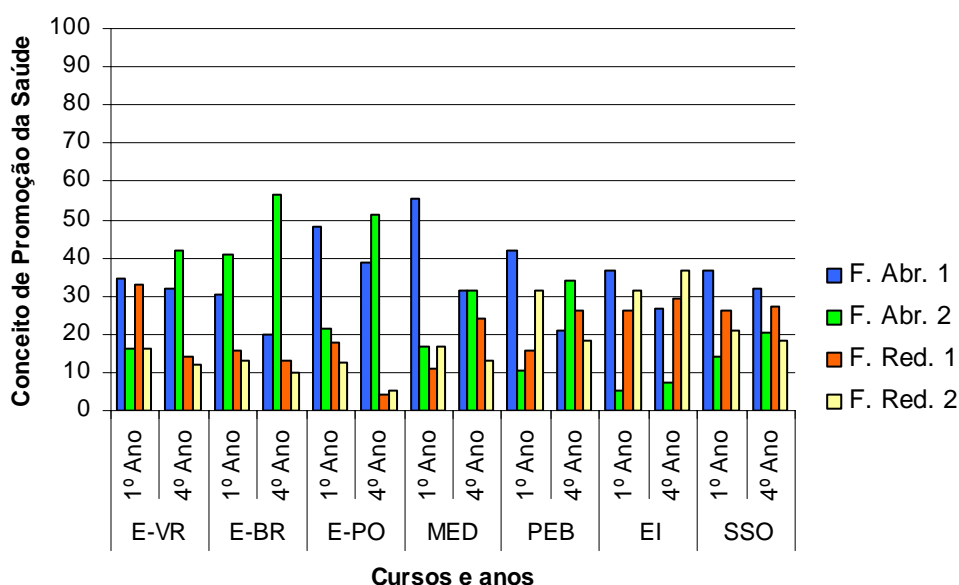


**Fig. 4.26** - Valorização do tipo de conceito de “**Promoção da Saúde**” por curso

Nos cursos de E-VR, E-PO e MED existem diferenças estatísticas altamente significativas (Friedman:  $p=0,000$ ), na importância atribuída às frases deste conceito, sendo a F.Abr.1 aquela a quem é atribuída maior importância, tanto pelo total de alunos, como pelos alunos do 1º e do 4º ano. No entanto, o *ranking* obtido através do teste dos alunos do 4º ano é inferior ao dos alunos do 1º ano, o que significa que o 4º ano dá maior preferência aquela frase do que o 1º ano nestes cursos. No curso de E-BR sucede o mesmo com a F.Abr.2.

No curso de PEB, tanto os alunos do 1º como do 4º ano atribuem mais importância à F.Abr.1, mas no 4º ano não se verificam diferenças significativas e no curso de EI, apesar de existirem diferenças estatísticas, o 4º ano atribui a mesma importância da F.Abr.1 à F.Red.1. No curso de SSO existe outra nuance, que importa salientar. O total de alunos e o 1º ano atribuem maior importância à F.Abr.1 de cariz “**abrangente**” com diferenças altamente significativas (Friedman:  $p=0,000$ ), mas a turma do 4º ano, atribui maior importância à F.Red.1 de cariz “**reducionista**”, também com diferença significativa (Friedman:  $p=0,029$ ). Assim, formação nestes cursos parece, favorecer a tendência reducionista.

Existe uma separação clara entre os cursos do sector da saúde, sobretudo, os cursos de E-BR, E-PO e MED e os cursos que não pertencem àquele sector (PEB, EI e SSO), no que se refere à hierarquização da importância atribuída às frases. Os cursos do sector



**Fig. 4.27** - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “**Promoção da Saúde**” por ano do curso (%)

da saúde atribuem maior importância às frases de cariz “**abrangente**”, enquanto nos outros cursos, quase não há uma diferenciação na importância atribuída às mesmas frases (Fig. 4.27).

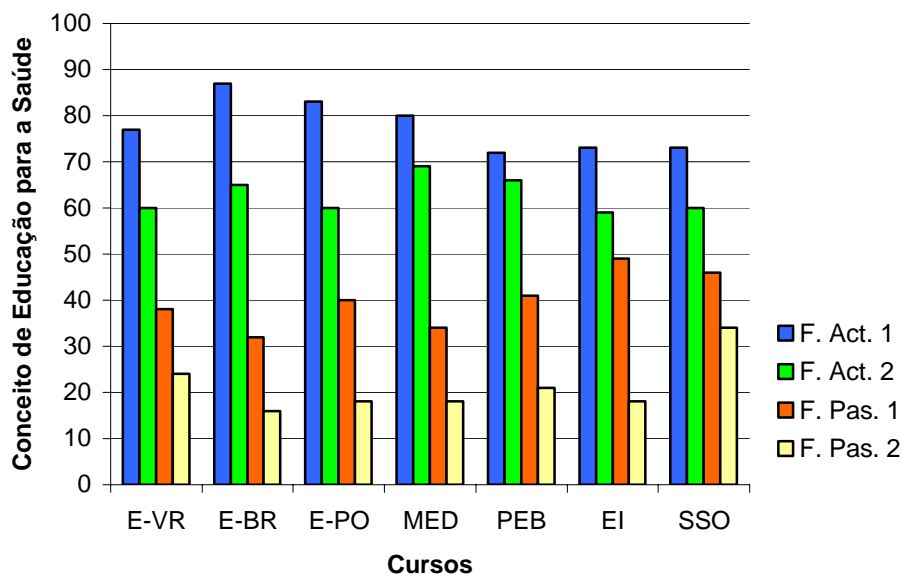
**vi) Conceito de Educação para a Saúde** – A frase que faz parte do quadro deste conceito, à qual é atribuída mais importância, pela maioria dos alunos desta amostra (55,7%), é a frase F.Act.1 de cariz “**activo**” (Quadro 4.11). Os cursos que mais contribuíram para esta supremacia foram o de E-BR (67,7%) e o de E-PO (62,6%). Em sentido contrário, os que menos contribuíram, foram os cursos de SSO (42,6%) e o de EI (43,3%). Esta frase foi considerada mais importante, pelo maior grupo de alunos em todos os cursos. As frases de cariz “**passivo**” (F.Pas.1 e F.Pas.2), foram consideradas mais importantes por reduzidas percentagens de alunos.

**Quadro 4.11** - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de “**Educação para a Saúde**” (EpS) por curso (%)

Conceito\Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Total Fr (Fa)
EpS			0,5				3,0	NR – 0,6 (4)
F.Act.1	55,6	<b>67,7</b>	62,6	56,9	47,4	43,3	<b>42,6</b>	<b>55,7</b> (395)
F.Act.2	24,8	24,2	23,6	30,6	29,8	28,4	25,7	25,8 (183)
F.Pas.1	11,1	7,1	6,4	9,7	12,3	18,3	18,8	10,9 (77)
F.Pas.2	8,5	1,0	6,9	2,8	10,5	10,0	9,9	7,0 (50)
Total	100	100	100	100	100	100	100	100%

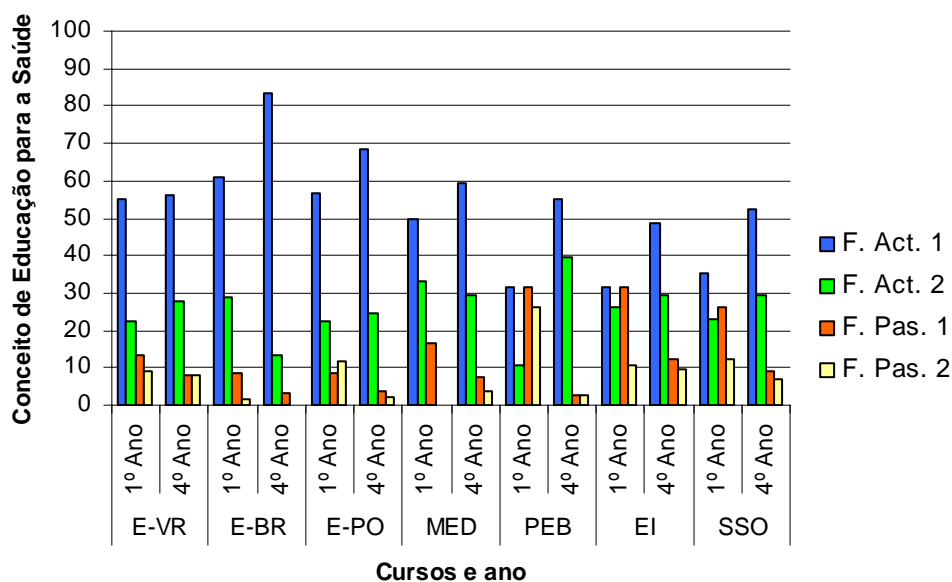
**Legenda:** F.Act.1 (Frase Activa 1) - Processo interactivo feito com as pessoas para lhes facilitar a adopção de comportamentos saudáveis  
 F.Act.2 (Frase Activa 2) - Processo de aprendizagem que procura trabalhar conhecimentos, atitudes, valores e competências  
 F.Pas.1 (Frase Passiva 1) - Actividade feita para as pessoas para lhes mudar os comportamentos não saudáveis  
 F.Pas.2 (Frase Passiva 2) - Actividade de transmissão de conhecimentos

A representação gráfica da valorização (Vallejo, 2002) do conceito de EpS, confirma os cursos que mais contribuíram para a maior importância da F.Act.1, mas neste caso, o curso em que se obteve uma menor valorização para aquela frase, foi o de PEB, aparecendo também o curso de SSO, entre os que menos valorizam a F.Act.1. Todos os cursos valorizam mais a F.Act.1. Por sua vez, os cursos que mais valorizam as frases F.Pas.1 e F.Pas.2, são o de EI e SSO (Fig. 4.28).



**Fig. 4.28** - Valorização do tipo de conceito de "Educação para a Saúde" por curso

Constatam-se diferenças altamente significativas (Friedman:  $p=0,000$ ), no que concerne à importância atribuída às frases, nos diversos cursos, quer no 1º ano, quer no 4º ano, de cada um deles, sendo a frase F.Act.1, aquela a quem é atribuída mais importância (Fig. 4.29). A proporção de alunos do 4º ano de todos os cursos, que considera a F.Act.1 de tendência "ativa", como a mais importante, é sempre superior à



**Fig. 4.29** - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de "Educação para a Saúde" por ano do curso (%)

do 1º ano, invertendo-se a relação no que concerne às frases F.Pas.1 e F.Pas.2 de tendência “**passiva**”. O efeito da formação parece potenciar claramente a perspectiva activa deste conceito. A classificação gerada pelo teste de Friedman é sempre inferior (maior importância) no caso do 4º ano, com a excepção do curso de E-VR, o que torna, no caso deste curso, aparentemente nulo o efeito da formação.

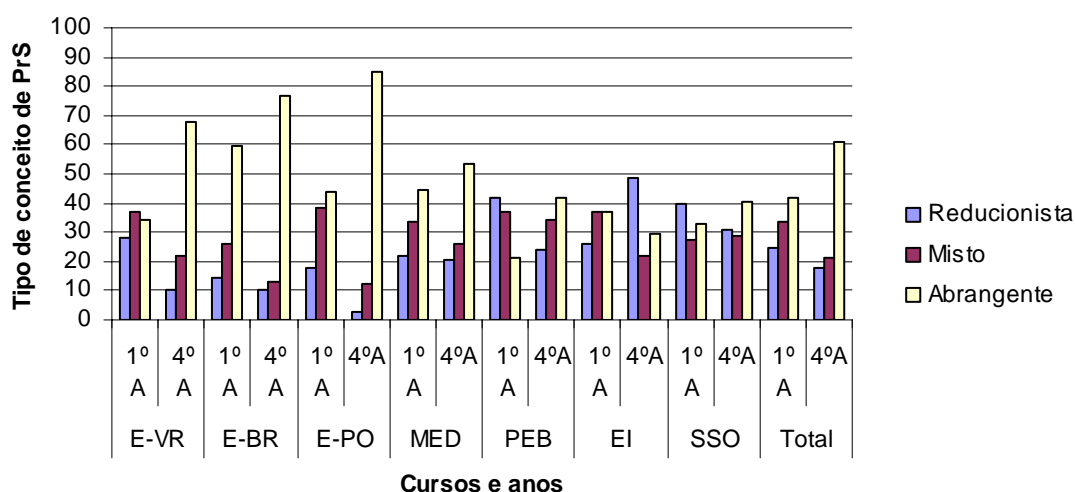
#### 4.3.2.4 Tipos de conceito de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde

Tipos de conceito de “Promoção da Saúde” – Procedemos à categorização do conceito de PrS em três categorias: Conceito “**Reduccionista**”, “**Misto**” e “**Abrangente**”. Em relação ao total da amostra, verifica-se que um pouco mais de metade dos alunos (51,1%), se enquadra no tipo de conceito de PrS “**Abrangente**”, enquanto no tipo “**Reduccionista**” foram tipificados, 21,1% dos alunos (Quadro 4.12). As maiores proporções de alunos tipificados no tipo “**Abrangente**”, pertencem aos cursos de saúde e, sobretudo, da área de Enfermagem. Por outro lado, as proporções de alunos enquadrados no tipo “**Reduccionista**”, são maiores nos cursos, que não pertencem ao sector da saúde.

**Quadro 4.12** - Distribuição da amostra quanto ao tipo de conceito de “**Promoção da Saúde**” (PrS) por curso e total da amostra (%)

Conceito\Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Total Fr (Fa)
Tipo de conceito			0,5				4,0	NR – 0,7 (5)
Abrangente	48,7	<b>64,6</b>	64,0	51,4	35,1	<b>31,7</b>	34,7	<b>51,1</b> (362)
Misto	30,8	22,3	25,2	27,8	35,1	26,6	26,6	27,1 (192)
Reduccionista	20,5	13,1	10,3	20,8	29,8	41,7	34,7	21,1 (150)
Total	100	100	100	100	100	100	100	100%

A maioria dos alunos do 4º ano (60,8%), foi tipificada no tipo de conceito “**Abrangente**”, assim como o maior grupo de alunos do 1º ano (41,8 %). No sentido inverso, as proporções de alunos do 4º ano no tipo “**Reduccionista**” e “**Misto**”, são mais baixas do que no 1º ano. A única excepção, são os alunos do 4º ano do curso de EI. Assim, do 1º para o 4º ano, a proporção de alunos tipificados no tipo “**Abrangente**” aumenta, excepto no curso de EI e diminuem as proporções de alunos, enquadrados no tipo “**Misto**” e “**Reduccionista**” (Fig. 4.30).



**Fig. 4.30** - Distribuição da amostra quanto ao tipo de conceito de “**Promoção da Saúde**” por curso e ano (%)

Aplicamos testes estatísticos, para analisar a diferença entre as proporções de alunos tipificados nos diferentes tipos de conceito de PrS e EpS, entre os diversos cursos (amostra), entre o 1º e o 4º ano de cada curso e entre os dois grupos de respondentes à questão 9 “Os termos PrS e EpS são diferentes?”. Salientaremos, apenas, os casos que se afastam significativamente da igualdade de proporções ( $-1,96 < RA$  e  $RA > 1,96$ ).

No total da mostra constatamos, que existem diferenças altamente significativas ( $\chi^2$ :  $p=0,000$ ), entre as proporções de alunos dos diferentes cursos, tipificados nos três tipos de conceito de PrS. Assim, os cursos de E-BR e E-PO têm, respectivamente, 2,8 e 4,4 de RA, no tipo de conceito “**Abrangente**”, possuindo maiores proporções de alunos nesta categoria do que o esperado pelo teste. No extremo oposto, estão os cursos de PEB, EI e SSO, com um RA, respectivamente de -2,6, -3,2 e -3,3, no referido tipo de conceito, tendo menores proporções de alunos tipificados no tipo “**Abrangente**” do que o esperado. Por outro lado, no tipo “**Reduccionista**”, as posições invertem-se,

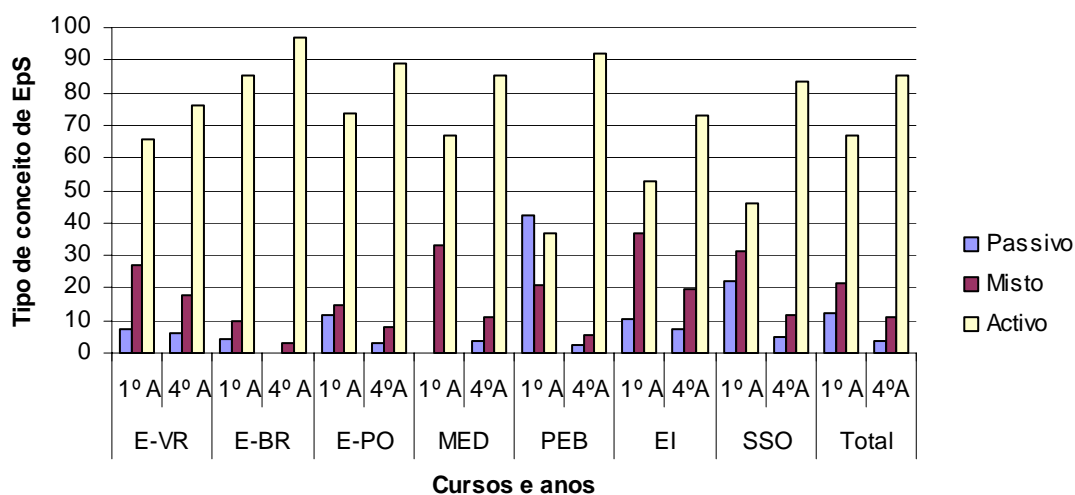
**Quadro 4.13** – Resíduos ajustados obtidos na aplicação do teste de  $\chi^2$  ao tipo de conceito de “**Promoção da Saúde**” (PrS) por curso (%)

Conceito\Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO
Tipo de conceito							
Abrangente	-0,6	2,8	4,4	0,0	-2,6	-3,2	-3,3
Misto	0,9	-1,2	-0,8	0,1	1,4	-0,1	0,1
Reduccionista	-0,2	-2,1	-4,5	-0,1	1,6	4,0	3,8



pertencem os cursos de saúde, as proporções de alunos dos outros cursos, são muito semelhantes.

A grande maioria dos alunos do 4º ano 85,1%, enquadra-se no tipo de conceito “**Activo**”, assim como 66,7% dos alunos do 1º ano. Em todos os cursos, a proporção de alunos do 1º ano, enquadrados no tipo “**Passivo**” e “**Misto**”, é maior do que a proporção de alunos do 4º ano, mas no tipo “**Activo**”, a proporção de alunos do 4º ano é sempre superior à proporção de alunos do 1º ano (Fig. 4.31).



**Fig. 4.31** - Distribuição da amostra quanto ao tipo de conceito de “Educação para a Saúde” por curso e ano

A nível da amostra, verificámos que existem diferenças altamente significativas ( $\chi^2$ :  $p=0,000$ ), entre as proporções de alunos dos diferentes cursos, enquadrados nos três tipos do conceito de EpS. Os cursos de E-BR e E-PO têm, respectivamente, um RA de 3,2 e 2,1, alunos tipificados no tipo “**Activo**” do que o esperado pelo teste, enquanto o curso de SSO tem um RA de -3,3 alunos enquadrados no referido conceito. No tipo “**Passivo**”, as posições invertem-se, o curso de E-BR tem um RA de -2,0 alunos e os cursos de PEB e SSO têm, respectivamente, um RA de 2,3 e 2,6. Neste tipo de conceito o curso de E-BR tem uma menor proporção de alunos do que o esperado e os cursos de PEB e SSO maiores proporções. Em relação ao tipo “**Misto**”, os cursos de E-BR e E-PO têm um RA, respectivamente, de -2,3 e -2,1, enquanto os cursos de E-VR, EI e SSO têm um RA, respectivamente, de 2,3, 2,0 e 2,0. Os últimos três cursos têm maiores proporções de alunos tipificados no tipo de conceito de EpS “**Misto**” do que o esperado pelo teste (Quadro 4.15).



**Quadro 4.15** – Resíduos ajustados obtidos na aplicação do teste de  $\chi^2$  ao tipo de conceito de “Educação para a Saúde” (EpS) por curso (%)

Conceito\Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO
Tipo de conceito							
Activo	-1,6	3,2	2,1	1,0	-0,4	-1,8	-3,3
Misto	2,3	-2,3	-2,1	0,1	-1,2	2,0	2,0
Passivo	-0,5	-2,0	-0,3	-1,7	2,3	0,1	2,6

Em relação às diferenças entre as proporções de alunos do 1º e do 4º ano de cada curso, que optaram pelos diferentes tipos de conceito de EpS, não se constataram diferenças significativas, excepto no curso de E-PO ( $\chi^2$ : p= 0,013) e SSO ( $\chi^2$ : p= 0,001), nos quais a proporção de alunos do 4º ano, enquadrados no tipo “**Activo**” é maior do que o esperado pelo teste e a proporção de alunos enquadrados no tipo “**Passivo**” é menor do que o esperado.

No que se refere, às diferenças entre os respondentes à questão 9 “Os termos PrS e EpS são diferentes?”, observámos que existem diferenças altamente significativas ( $\chi^2$ : p= 0,000), entre a proporção de alunos que indicou que Sim e a que indicou que Não, tipificadas nos três tipos do conceito. Os alunos que responderam que Sim, têm um RA de -3,7, -3,2 e 5,1, respectivamente, no tipo de conceito “**Passivo**”, “**Misto**” e “**Activo**”. Ou seja, este grupo tem uma menor proporção de alunos enquadrados no tipo “**Passivo**” e “**Misto**” do que o esperado pelo teste, mas maior no tipo “**Activo**”, do que os alunos que responderam que Não.

Diferenciação entre os termos PrS e EpS – Confrontamos os alunos com a questão: “Os termos PrS e EpS são diferentes?”. A maioria dos alunos da amostra (58,8%) e de quase todos os cursos, assinalou que sim. As excepções são os alunos do curso de EI e de SSO nos quais apenas, respectivamente, 46,7% e 39,6% dos alunos responderam que sim, bem como o 1º ano dos cursos de E-VR e EI. A proporção de alunos do 4º ano, que indicou que sim, é superior à proporção de alunos do 1º ano, com excepção dos cursos de E-BR e PEB (Quadro 4.16).

**Quadro 4.16** - Distribuição da amostra face à questão “Os termos PrS e EpS são diferentes?” por curso e total da amostra (%)

Resposta\Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Total Fr (Fa)
Sim	51,3	80,8	65,0	58,3	61,4	46,7	39,6	58,8 (417)
Não	48,7	19,2	35,0	41,7	38,6	53,3	60,4	41,2 (292)
Total	100	100	100	100	100	100	100	100%

No entanto, quando se pediu aos alunos, que assinalaram, que os dois termos eram diferentes, para referirem sucintamente em que consistia essa diferença, apenas, uma minoria, em todos os cursos, indicou diferenças consistentes.

Relacionou-se a variável dicotómica “Os termos PrS e EpS são diferentes?”, com a variável “Cursos” e verificou-se, que existem diferenças altamente significativas ( $\chi^2$ : p= 0,000) entre os cursos. Os alunos dos cursos de E-BR e E-PO são os que mais assinalam que sim, tendo obtido um RA, respectivamente, de 4,8 e 2,1 alunos do que o esperado pelo teste e os alunos dos cursos de EI e SSO os que menos assinalam, tendo obtido um RA, respectivamente, de -2,0 e -4,2 alunos do que o esperado. O curso de E-VR, está numa posição intermédia, tendo um RA de - 1,8, desfavorável ao Sim.

Relacionou-se a mesma variável dicotómica com a variável “Ano do curso”. No caso do curso de E-VR, constatou-se uma diferença significativa ( $\chi^2$ : p= 0,034), em que a proporção de alunos do 4º ano que, assinalou que sim é maior do que o esperado (RA= 2,0) e a proporção de alunos do 1º ano, que deu a mesma resposta é menor do que o esperado (RA= -2,0).

Procedemos, ainda, ao cruzamento entre a variável dicotómica “Indicação das diferenças entre os termos” com a variável “Cursos”, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas.

Propusemos aos alunos para que assinalassem, se cada uma das quatro frases, que integravam um quadro, se enquadrava mais no âmbito da PrS, na EpS ou em ambas. Verificamos, que a maioria dos alunos dos sete cursos (68,4%), assinalaram que a frase 1 – “Processo que visa criar condições para que as pessoas controlem a sua saúde”, se enquadrava mais na PrS; a grande maioria da amostra (80,1%) assinalou que a frase 2 – “Processo de aprendizagem, que procura trabalhar conhecimentos, atitudes, valores e competências”, se enquadrava mais na EpS; o maior grupo de alunos (42,7%) indicou que a frase 3 – “Visa desenvolver as capacidades das pessoas, estimulando a sua participação”, se enquadrava na PrS, mas 32,3% assinalaram a EpS e 24,4% em ambas; o maior grupo de alunos (42,9%) assinalou que a frase 4 – “Processo interactivo feito



As proporções de alunos dos vários cursos, que consideram que a EpS tem valores a promover variam significativamente. A diferença é significativa ( $\chi^2$ :  $p= 0,045$ ), a nível do curso de SSO, que apresenta um Resíduo Ajustado (RA) de -2,7 alunos do que o esperado pelo teste, que concordam que a EpS tem valores a promover. O outro curso com RA negativo (-1,6) é o E-VR, embora esse valor não contribua substancialmente para explicar a relação existente, uma vez que pertence ao intervalo  $[-1,96, + 1,96]$  (Pestana e Gageiro, 2003).

Os alunos indicaram cerca de 20 valores diferentes, de forma isolada ou associada, tendo a “Responsabilidade” sido o valor mais indicado de forma isolada, por 7,9% dos alunos da amostra, logo seguido pelo “Respeito” e pela “Solidariedade”, respectivamente, por 3,1% e 2,7% dos alunos da amostra. No entanto, é de salientar, que 39,4% dos alunos da amostra, não conseguiram indicar qualquer valor e 6,2% não responderam a esta pergunta, sinais claros da dificuldade sentida pelos alunos para corresponderem a esta solicitação (Quadro 4.19).

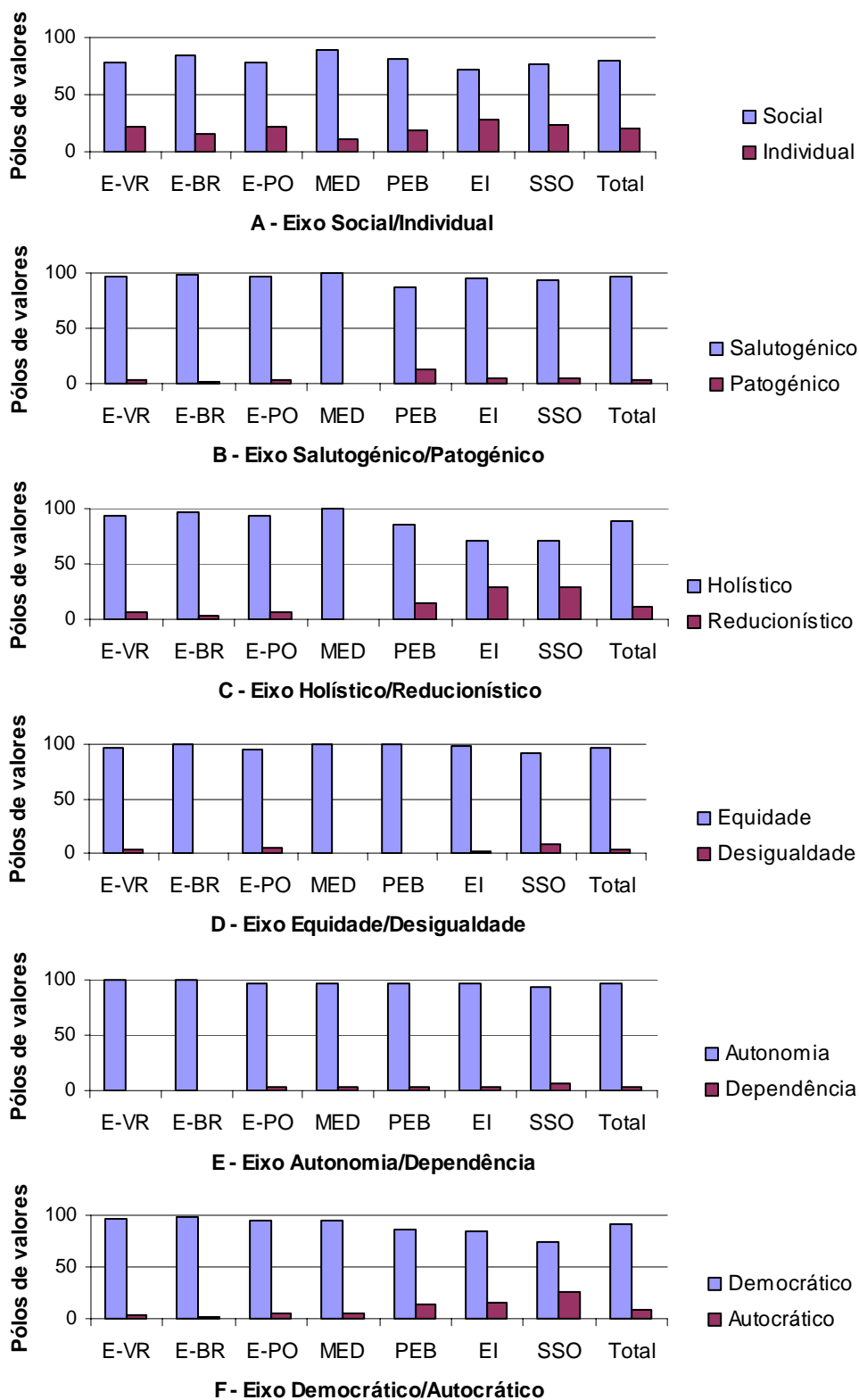
De seguida serão apresentados os dados relativos ao posicionamento dos alunos de cada curso, face aos pólos dos seis eixos de valores em PrS/EpS. Em primeiro lugar abordar-se-á a posição dos alunos de cada um dos cursos envolvidos no estudo, tendo em conta o *score* obtido em cada conjunto de pares de afirmações, que permitiu tipificar a proporção de alunos num pólo e no outro. Depois, apresentar-se-ão os resultados referentes às médias dos *scores* de cada eixo por curso e os resultados dos testes estatísticos, que nos permitiram avaliar as diferenças estatísticas entre a média dos *scores* dos eixos de valores dos vários cursos, seguidos de um gráfico onde figuram as diferenças entre as médias do 1º e do 4º ano de cada curso e os resultados dos testes estatísticos, que nos permitiram analisar as diferenças entre as médias dos dois anos, afim de procurar aquilatar a influência da formação desenvolvida ao longo dos cursos. Por último, será apresentada a tipologia resultante da Análise de Multicorrespondência (MCA).

pela EpS” por curso e total da amostra (%)

Valores/Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Total Fr (Fa)
Autonomia	1,7	2,0	0,5	0,0	0,0	0,0	1,0	0,8 (6)
Autonomia e responsabilidade	3,4	2,0	4,9	1,4	0,0	1,7	0,0	2,5 (18)
Cooperação	0,0	1,0	2,0	0,0	1,8	0,0	1,0	1,0 (7)
Cooperação, responsabilidade e solidariedade	0,0	2,0	0,0	0,0	3,5	1,7	1,0	0,8 (6)
Equidade	0,0	0,0	0,5	2,8	0,0	0,0	3,0	0,8 (6)
Participação	0,0	2,0	3,4	1,4	0,0	0,0	4,0	2,0 (14)
Participação e responsabilidade	0,0	1,0	1,5	1,4	1,8	1,7	0,0	1,0 (7)
Respeito	0,9	6,1	3,0	2,8	1,8	5,0	3,0	3,1 (22)
Responsabilidade	2,6	9,1	10,3	12,5	8,8	10,0	3,0	<b>7,9 (56)</b>
Solidariedade	1,7	5,1	3,0	0,0	3,5	3,2	2,0	2,7 (19)
Não conseguiram indicar	39,3	37,4	38,4	47,2	38,6	26,7	45,4	<b>39,4 (279)</b>
Não responderam	12,8	2,0	2,0	1,4	15,8	15,0	3,0	6,2 (44)
Combinações várias e outros valores	19,7	21,2	21,2	5,1	17,5	23,3	11,8	18,4 (130)
Não veicula valores	17,9	9,1	12,3	9,7	7,0	11,7	21,8	13,4 (95)
Total	100	100	100	100	100	100	100	100%

Os dados referentes ao posicionamento dos alunos dos diversos cursos em relação aos pólos dos eixos de valores constam da figura 4.32, que apresenta um gráfico para cada eixo.

A grande maioria dos alunos, que constituem a amostra em estudo posiciona-se no pólo Social, no pólo Salutogénico, no pólo Holístico, no pólo Equidade, no pólo Autonomia e no pólo Democrático, designados por pólos positivos (Fig. 4.32). A nível das tendências dos alunos, não existem diferenças dignas de registo entre os diversos cursos nos Eixos Social/Individual, Equidade/Desigualdade e Autonomia/Dependência.



**Fig. 4.32** – Posicionamento dos alunos dos diversos cursos em relação aos seis eixos de valores (%)

Contudo nos eixos Salutogénico/Patogénico, Holístico/Reducionístico e Democrático/Autocrático, a proporção de alunos dos cursos, que não pertencem ao sector da saúde é maior nos pólos ditos negativos, ou seja, no pólo Patogénico, Reducionístico e Autocrático do que a proporção de alunos dos cursos que pertencem àquele sector. Os alunos dos cursos de saúde adoptam, pois, uma tendência salutogénica, holística e democrática mais vincada, Salienta-se, ainda, que não existem alunos do curso de MED enquadrados nos pólos Patogénico, Reducionístico e da Desigualdade, assim como alunos dos cursos de E-BR e PEB no pólo da Desigualdade e alunos dos cursos de E-VR e E-BR no pólo da Dependência.

#### 4.3.3.1. Eixo Social/Individual

Analisando as médias dos *scores* obtidos para o Eixo Social/Individual (ver secção 3.6.2.3 da Metodologia), verifica-se que existem diferenças altamente significativas (ANOVA:  $p= 0,000$ ), entre as médias dos *scores* dos sete cursos. O curso de MED é aquele que obteve a média mais elevada e o de SSO a menos elevada. O curso de E-VR situa-se entre o curso de PEB e EI (Quadro 4.20). As médias dos *scores* dos cursos encontram-se na diagonal principal, nas casas à esquerda da diagonal as diferenças entre as médias dos cursos em coluna pelos cursos em linha e à direita o nível de significância do teste de Bonferroni. Assim, comparando o curso de E-VR e E-BR temos uma diferença entre as médias de  $3,56 - 3,94 = -0,38$ .

**Quadro 4.20** – Média dos *scores* dos itens do Eixo **Social/Individual** por curso e nível de significância do teste

<b>Cursos</b>	<b>E-VR</b>	<b>E-BR</b>	<b>E-PO</b>	<b>MED</b>	<b>PEB</b>	<b>EI</b>	<b>SSO</b>
<b>E-VR</b>	3,56	*	NS	*	NS	NS	NS
<b>E-BR</b>	-0,38	3,94	*	NS	NS	NS	*
<b>E-PO</b>	-0,06	+0,32	3,62	NS	NS	NS	NS
<b>MED</b>	-0,42	-0,04	-0,36	3,98	NS	NS	*
<b>PEB</b>	-0,06	+0,32	0,00	+0,36	3,62	NS	NS
<b>EI</b>	+0,01	+0,39	+0,07	+0,43	+0,07	3,55	NS
<b>SSO</b>	+0,02	+0,40	+0,08	+0,44	+0,08	+0,01	3,54

NS: Diferenças não significativas; \*  $p < 0,05$

*Scores*: na diagonal principal (a sombreado);

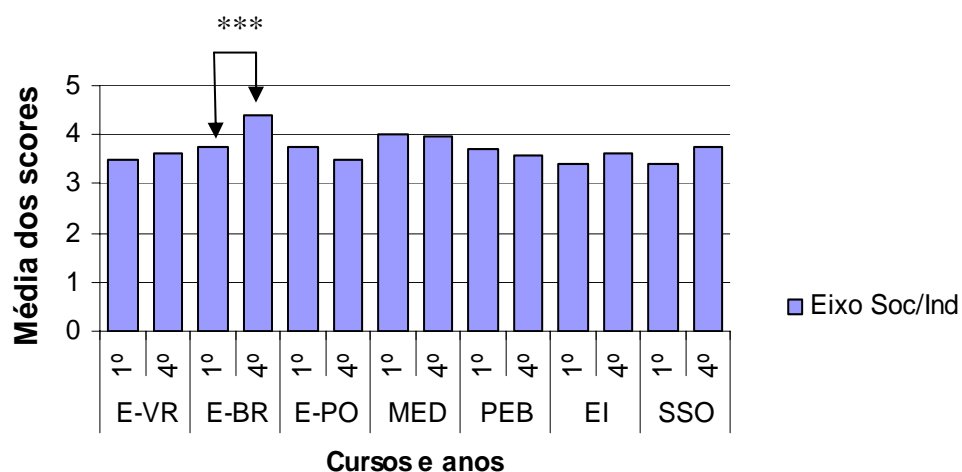
Diferenças entre as médias dos cursos: à esquerda da diagonal;

Grau de significância: à direita da diagonal.

Através do teste de Bonferroni (Post Hoc da ANOVA), foi possível localizar as diferenças significativas, que passamos a apresentar:

- Há diferenças estatísticas entre o curso de E-VR/E-BR ( $p= 0,019$ ) e E-VR/MED ( $p= 0,020$ ).
- Há diferenças estatísticas entre os cursos de E-BR/E-PO ( $p= 0,048$ ), E-BR/SSO ( $p= 0,019$ ) e MED/SSO ( $p= 0,019$ ).

Apenas no curso de E-BR, existe diferença entre a média dos *scores* deste eixo, da turma do 1º ano e da turma do 4º ano, que é altamente significativa (t Student:  $p= 0,000$ ), sendo mais elevada no 4º ano. É, pois, um curso que parece potenciar a tendência social, em detrimento da perspectiva individual (Fig. 4.33).



**Fig. 4.33** – Média dos *scores* do Eixo **Social/Individual** por curso e ano

\*\*\*  $p \leq 0,001$

Esta constatação é reforçada, pela diferença altamente significativa (Kruskal-Wallis:  $p= 0,001$ ), entre a média dos *scores* dos alunos que frequentaram todas as Unidades Curriculares (UC) do curso, que abordam conteúdos no âmbito da PrS/EpS e dos alunos que frequentaram apenas algumas dessas UC. A média dos alunos que frequentaram todas as UC é mais elevada do que a dos alunos, que frequentaram algumas ou nenhuma dessas UC.

Em termos de análise da MCA, verifica-se que a primeira dimensão, explica 25,54% da variabilidade dos dados. Nesta tipologia os alunos dos cursos de E-BR e MED, inclinam-se mais para o pólo Social, enquanto que os alunos dos cursos de E-VR, EI, e SSO, se inclinam mais para o pólo Individual. No entanto, as categorias E-VR e EI são



pouco discriminatórias na dimensão e as categorias E-PO, PEB, Ano do curso e Prática religiosa, foram excluídas da tipologia, porque as suas medidas de discriminação são muito baixas e encontram-se muito próximas da origem (Quadro 4.21).

**Quadro 4.21** – Agregação das categorias do Eixo Social/Individual em função da tendência

<b>Dimensão/Tendência</b>	<b>Social</b>	<b>Individual</b>
Dimensão 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de E-BR e MED;</li> <li>- A responsabilidade pela saúde deve ser colectiva;</li> <li>- Para que as pessoas tenham um bom nível de saúde é necessário existir uma sociedade solidária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de E-VR, EI, e SSO;</li> <li>- A responsabilidade pela saúde deve ser individual;</li> <li>- Para que todas as pessoas tenham um bom nível de saúde, é suficiente o empenho dos profissionais de saúde.</li> </ul>

#### 4.3.3.2. Eixo Salutogénico/Patogénico

As diferenças existentes entre a média dos *scores* dos alunos, dos quatro cursos da área da saúde (E-VR, E-BR, E-PO, MED) e dos três cursos, que não são dessa área (PEB, EI e SSO), são altamente significativas (ANOVA:  $p= 0,000$ ). Os primeiros apresentam maiores médias e, por conseguinte, uma maior tendência salutogénica do que os segundos. Existe, pois, uma linha de separação bem definida, entre estes dois grupos de cursos (Quadro 4. 22).

A média mais elevada é a dos alunos do curso de E-BR e a menos elevada pertence aos alunos do curso de SSO, que por isso, têm uma tendência salutogénica menos acentuada, que os alunos dos outros cursos. Os alunos do curso de E-VR posicionam-se entre o curso de E-PO e PEB, na fronteira entre os cursos de saúde e os cursos que não pertencem a este sector. Têm por isso uma tendência salutogénica intermédia.

**Quadro 4.22** – Média dos *scores* dos itens do Eixo **Salutogénico/Patogénico** por curso

e nível de significância do teste

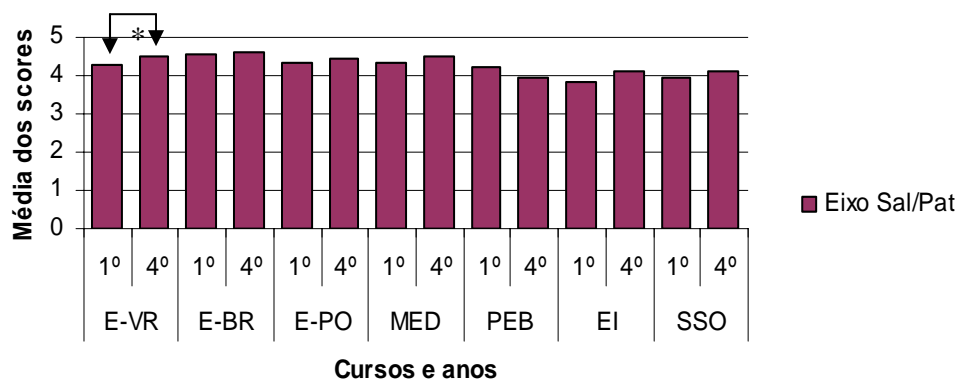
Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO
E-VR	4,39	NS	NS	NS	**	**	***
E-BR	-0,17	4,56	NS	NS	***	***	***
E-PO	-0,01	+0,16	4,40	NS	***	***	***
MED	-0,08	+0,09	-0,07	4,47	***	***	***
PEB	+0,35	+0,52	+0,36	+0,43	4,04	NS	NS
EI	+0,35	+0,52	+0,36	+0,43	0,00	4,04	NS
SSO	+0,37	+0,54	+0,38	+0,45	+0,02	+0,02	4,02

NS: Diferenças não significativas; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Localizando as diferenças através do teste de Bonferroni, verifica-se que:

- Há diferenças estatísticas entre o curso de E-VR/PEB ( $p = 0,004$ ), E-VR/EI ( $p = 0,003$ ) e E-VR/SSO ( $p = 0,000$ ).
- Há diferenças estatísticas entre os cursos de E-BR/PEB, E-BR/EI e E-BR/SSO (todas  $p = 0,000$ ); E-PO/PEB ( $p = 0,001$ ), E-PO/EI e E-PO/SSO ( $p = 0,000$ ); MED/PEB, MED/EI e MED/SSO (todas  $p = 0,000$ ).

No curso de E-VR, existem diferenças significativas (t Student:  $p = 0,045$ ), entre as médias dos *scores* deste eixo dos alunos do 1º e do 4º ano, sendo que os alunos do 4º ano, obtiveram uma média mais elevada do que os do 1º ano. Por isso, têm uma tendência mais salutogénica. Este curso parece deste modo, contribuir para o desenvolvimento desta tendência (Fig. 4.34).



**Fig. 4.34** – Média dos *scores* do Eixo **Salutogénico/Patogénico** por curso e ano

\*  $p < 0,05$

Neste eixo de valores, a primeira dimensão da MCA, explica 22,0% da variabilidade dos dados. Tendo em conta esta tipologia, os alunos dos cursos de E-VR, E-BR, E-PO e

MED reflectem uma visão positiva, que valoriza a saúde e a sua promoção e têm uma tendência Salutogénica, em oposição aos alunos dos cursos de PEB, EI e SSO, que têm uma visão negativa, tecnológica da saúde e possuem uma tendência Patogénica. A categoria E-VR é pouco discriminatória na dimensão e as categorias Ano do curso e Prática religiosa, foram excluídas da tipologia, porque as suas medidas de discriminação são muito baixas e encontram-se muito próximas da origem. (Quadro 4.23).

**Quadro 4.23** – Agregação das categorias do Eixo Salutogénico/Patogénico em função da tendência

<b>Dimensão/Tendência</b>	<b>Salutogénica</b>	<b>Patogénica</b>
Dimensão 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de E-VR, E-BR, E-PO e MED;</li> <li>- Para aumentar os ganhos em saúde se deve promover estilos de vida saudáveis;</li> <li>- O estado de saúde de uma pessoa com uma doença grave, depende da atitude e capacidade do próprio doente para a enfrentar;</li> <li>- A saúde está relacionada com o bem-estar;</li> <li>- Estar doente é sentir que algo está mal no seu organismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de PEB, EI e SSO;</li> <li>- Para aumentar os ganhos em saúde se deve tratar as principais causas de mortalidade/morbilidade;</li> <li>- O estado de saúde de uma pessoa com uma doença grave, depende da utilização de meios de diagnóstico e tratamento avançados;</li> <li>- Ser saudável é não ter nenhuma doença;</li> <li>- Estar doente é ter uma doença diagnosticada.</li> </ul>

#### 4.3.3.3. Eixo Holístico/Reduccionístico

As diferenças existentes entre a média dos *scores* deste eixo dos alunos dos quatro cursos da área da saúde e dos outros três cursos, que não são deste sector (PEB, EI e SSO), são altamente significativas (ANOVA:  $p = 0,000$ ). A média dos *scores* mais elevada é a dos alunos do curso de MED e a menos elevada continua a ser a dos alunos do curso de SSO. Assim, também aqui existe uma linha de separação entre os dois grupos de cursos, com o curso de E-VR a posicionar-se entre os cursos de saúde e os restantes. Apresenta, pois, uma tendência holística menos acentuada que os outros cursos de saúde, mas mais acentuada do que os cursos não pertencentes a este sector. Os cursos de saúde parecem assim desenvolver mais a perspectiva holística nos seus alunos (Quadro 4.24).

**Quadro 4.24** - Média dos *scores* dos itens do Eixo **Holístico/Reduccionístico** por curso e nível de significância do teste

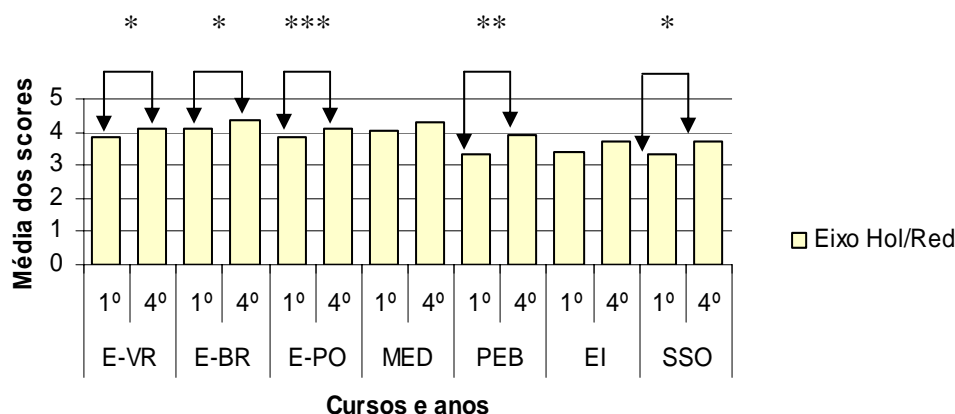
<b>Cursos</b>	<b>E-VR</b>	<b>E-BR</b>	<b>E-PO</b>	<b>MED</b>	<b>PEB</b>	<b>EI</b>	<b>SSO</b>
<b>E-VR</b>	3,95	NS	NS	NS	NS	*	***
<b>E-BR</b>	-0,23	4,18	NS	NS	***	***	***
<b>E-PO</b>	-0,02	+0,21	3,97	NS	NS	**	***
<b>MED</b>	-0,28	-0,05	-0,26	4,23	***	***	***
<b>PEB</b>	+0,24	+0,47	+0,26	+0,52	3,71	NS	NS
<b>EI</b>	+0,35	+0,58	+0,37	+0,63	+0,11	3,60	NS
<b>SSO</b>	+0,46	+0,69	+0,48	+0,74	+0,22	+0,11	3,49

NS: Diferenças não significativas; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Localizando as diferenças através do teste de Bonferroni:

- Há diferenças estatísticas entre o curso de E-VR/EI ( $p = 0,026$ ) e E-VR/SSO ( $p = 0,000$ ).
- Há diferenças estatísticas entre os cursos de E-BR/PEB ( $p = 0,001$ ), E-BR/EI e E-BR/SSO ( $p = 0,000$ ); E-PO/EI ( $p = 0,006$ ), E-PO/SSO ( $p = 0,000$ ); MED/PEB, MED/EI e MED/SSO (todos  $p = 0,000$ ).

Constataram-se diferenças estatísticas entre a média dos *scores* dos alunos do 1º ano e do 4º ano, que são significativas no curso de E-VR (t Student:  $p = 0,048$ ) e no curso de E-BR ( $p = 0,025$ ), altamente significativas no curso de E-PO ( $p = 0,001$ ), muito significativas no curso de PEB (Mann-Whitney:  $p = 0,003$ ) e significativas no curso de SSO (t Student:  $p = 0,028$ ), sendo a média dos alunos do 4º ano mais elevada. A formação nos cursos de E-VR, E-BR, E-PO, PEB e SSO, parece assim promover, a tendência holística, já que se registam diferenças significativas, entre os alunos do 1º e do 4º ano, o que não acontece nos cursos de MED e EI (Fig. 4.35).



**Fig. 4.35** – Média dos *scores* do Eixo **Holístico/Reducionístico** por curso e ano

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

No caso específico do curso de E-VR, existem também diferenças significativas (ANOVA:  $p = 0,021$ ), entre a categoria Esquerda e Extrema-Direita e Centro e Extrema-Direita, a nível da Tendência política dos alunos. A média dos *scores* dos alunos, que dizem pertencer à Esquerda e ao Centro é superior à dos alunos da Extrema-Direita. A Tendência política de Esquerda e Centro, no caso destes alunos, parece favorecer a perspectiva holística.

No que diz respeito à MCA deste eixo de valores, a primeira dimensão explica 29,9% da variabilidade dos dados. Nesta tipologia os alunos dos cursos de E-VR, E-BR, E-PO e MED, todos ligados ao sector da saúde, adoptam uma postura mais inclinada para o pólo Holístico, enquanto os alunos dos cursos de PEB, EI e SSO, têm uma postura mais inclinada para o pólo Reducionístico. As categorias E-VR, E-PO e PEB são pouco discriminatórias e as categorias Ano do curso e Prática religiosa, foram excluídas da tipologia, por apresentarem medidas de discriminação excessivamente baixas e muito próximas da origem (Quadro 4.25).

**Quadro 4.25** – Agregação das categorias do Eixo Holístico/Reducionístico em função da tendência

<b>Dimensão/Tendência</b>	<b>Holística</b>	<b>Reducionística</b>
Dimensão 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de E-VR, E-BR, E-PO e MED;</li> <li>- Uma doença é desencadeada por um conjunto de factores;</li> <li>- Para melhorar o nível de saúde das populações é necessária a acção coordenada de todos os sectores;</li> <li>- Relacionam uma doença com vários factores de risco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de PEB, EI e SSO;</li> <li>- Cada doença tem uma causa que é necessário identificar;</li> <li>- A efectivação de um bom nível de saúde é da responsabilidade do sector da saúde;</li> <li>- Relacionam uma doença a um único factor de risco.</li> </ul>

#### 4.3.3.4. Eixo Equidade/Desigualdade

Através da análise às médias dos *scores* obtidas para o Eixo Equidade/Desigualdade, verifica-se que existem diferenças altamente significativas (ANOVA:  $p=0,000$ ), entre as médias dos diferentes cursos (Quadro 4.26).

**Quadro 4.26** - Média dos *scores* dos itens do Eixo **Equidade/Desigualdade** por curso e nível de significância do teste

<b>Cursos</b>	<b>E-VR</b>	<b>E-BR</b>	<b>E-PO</b>	<b>MED</b>	<b>PEB</b>	<b>EI</b>	<b>SSO</b>
<b>E-VR</b>	4,34	NS	*	NS	NS	NS	NS
<b>E-BR</b>	-0,07	4,41	**	NS	NS	NS	**
<b>E-PO</b>	+0,23	+0,30	4,11	***	*	*	NS
<b>MED</b>	-0,15	-0,08	-0,38	4,49	NS	NS	***
<b>PEB</b>	-0,07	0,00	-0,30	+0,08	4,41	NS	NS
<b>EI</b>	-0,07	0,00	-0,30	+0,08	0,00	4,41	*
<b>SSO</b>	+0,25	+0,32	+0,02	+0,40	+0,32	+0,32	4,09

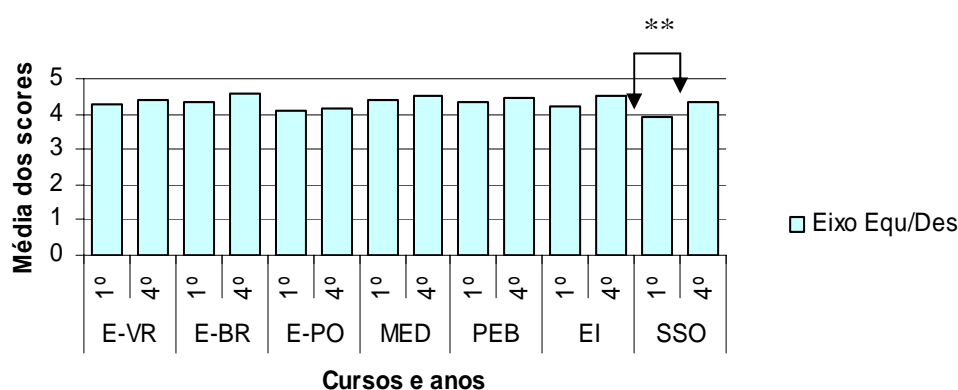
NS: Diferenças não significativas; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

A média dos *scores* deste eixo mais elevada é a dos alunos do curso de MED e a menos elevada é, de novo, a dos alunos do curso de SSO, sendo aqueles que apresentam uma tendência para o pólo da Equidade menos pronunciada. Os alunos do curso de E-VR estão entre a posição dos alunos do curso de EI e E-PO. Não existe, uma diferenciação entre os cursos do sector da saúde e os outros cursos, no que concerne a este eixo.

Localizando as diferenças através do teste de Bonferroni:

- Há diferenças estatísticas entre o curso de E-VR/E-PO ( $p=0,046$ ).
- Há diferenças estatísticas entre os cursos de E-BR/E-PO ( $p=0,004$ ), E-BR/SSO ( $p=0,01$ ); E-PO/MED ( $p=0,001$ ), E-PO/PEB ( $p=0,047$ ) e E-PO/EI ( $p=0,034$ ); MED/SSO ( $p=0,001$ ) e EI/SSO ( $p=0,045$ ).

Quando se analisam as diferenças entre as médias dos *scores* do 1º e do 4º ano dos diversos cursos, apenas no curso de SSO, se constataram diferenças muito significativas (t Student:  $p=0,004$ ), sendo a média do 4º ano mais elevada. O efeito da formação, neste curso, é bem visível e promove a tendência da Equidade, embora à partida, o seu *score*, seja mais baixo do que o dos restantes cursos (Fig. 4.36).



**Fig. 4.36** – Média dos *scores* do Eixo **Equidade/Desigualdade** por curso e ano

\*\*  $p < 0,01$

A diferença muito significativa existente entre a média dos *scores* do 1º e do 4º ano, no curso de SSO, é confirmada pela diferença muito significativa (Kruskal-Wallis:  $p=0,003$ ), verificada entre a média de *scores* da classe etária dos 20 – 22 Anos e a classe dos 17 – 19 anos. A classe etária dos 20 – 22 anos, obteve maior média, o que poderá estar interligado com o ano, que os alunos desta idade, se encontram a frequentar (4º ano).

No que se refere a este eixo, a primeira dimensão da MCA, explica 25,3% da variabilidade dos dados. Nesta dimensão, os alunos dos cursos de E-BR, MED e PEB, inclinam-se para o pólo da Equidade, em oposição aos alunos dos cursos de E-PO e SSO, que se inclinam para o pólo da Desigualdade. Na segunda dimensão, os

alunos do curso de EI, inclinam-se para o pólo da Equidade, em oposição aos alunos do curso de SSO, que se inclinam para o pólo da Desigualdade. Na primeira dimensão as categorias E-BR, E-PO, PEB e SSO são pouco discriminatórias e as categorias E-VR, EI, Ano do curso e Prática religiosa, foram excluídas da tipologia, por apresentarem medidas de discriminação excessivamente baixas e muito próximas da origem e na segunda as categorias E-VR, E-BR, E-PO, MED, PEB, Ano do curso e Prática religiosa, também foram excluídas da tipologia pela mesma razão (Quadro 4.27).

**Quadro 4.27** – Agregação das categorias do Eixo Equidade/Desigualdade em função da tendência

<b>Dimensão/Tendência</b>	<b>Equidade</b>	<b>Desigualdade</b>
Dimensão 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de E-BR, MED e PEB;</li> <li>- O acesso aos serviços de saúde deve ser igual para todas as pessoas;</li> <li>- O Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve ser universal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de E-PO e SSO;</li> <li>- A acessibilidade aos serviços de saúde deve depender do tipo de sub-sistema;</li> <li>- O SNS deve abranger, apenas, os contribuintes.</li> </ul>
Dimensão 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curso de EI;</li> <li>- As crianças seropositivas do VIH, devem manter-se nas escolas públicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curso de SSO;</li> <li>- As crianças seropositivas do VIH, devem sair das escolas públicas.</li> </ul>

#### 4.3.3.5. Eixo Autonomia/Dependência

Constataram-se existirem diferenças altamente significativas (ANOVA:  $p= 0,000$ ), entre as médias dos *scores* do Eixo da Autonomia/Dependência dos cursos. Existe, também, no caso deste eixo uma separação entre os cursos de saúde, que apresentam as médias mais altas e uma tendência mais pronunciada para a Autonomia e os cursos que não pertencem àquele sector, com médias mais baixas e uma tendência para a Autonomia mais fraca (Quadro 4.28).

A média dos *scores* deste eixo de valores mais expressiva é a dos alunos do curso de E-BR e a menos expressiva é a dos alunos do curso de SSO, que são aqueles que apresentam uma tendência para o pólo da Autonomia menos acentuada. Os alunos do curso de E-VR posicionam-se quase no topo dos cursos de saúde, logo a seguir aos alunos do curso de E-BR, deixando nas posições inferiores os cursos, que não fazem parte deste sector, embora a diferença entre estes grupos seja diminuta.



**Quadro 4.28** - Média dos *scores* dos itens do Eixo **Autonomia/Dependência** por curso e nível de significância do teste

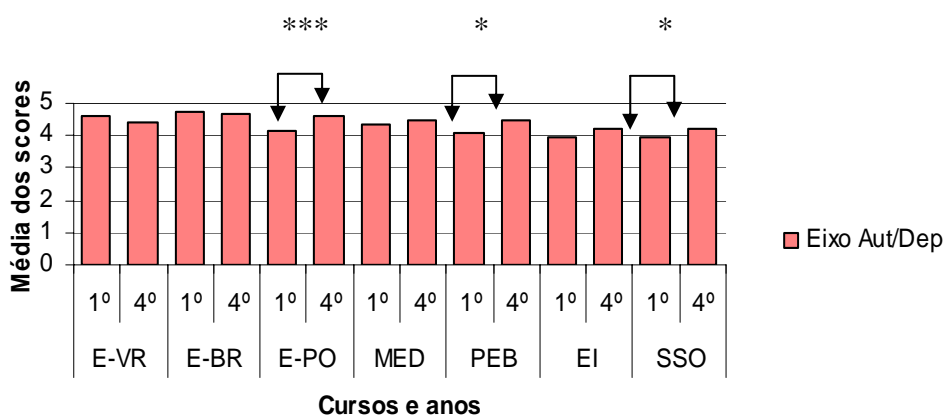
Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO
<b>E-VR</b>	4,53	NS	NS	NS	NS	***	***
<b>E-BR</b>	-0,16	4,69	***	NS	***	***	***
<b>E-PO</b>	+0,14	+0,30	4,39	NS	NS	*	***
<b>MED</b>	+0,08	+0,24	-0,06	4,45	NS	*	***
<b>PEB</b>	+0,21	+0,37	+0,07	+0,13	4,32	NS	NS
<b>EI</b>	+0,40	+0,56	+0,26	+0,32	+0,19	4,13	NS
<b>SSO</b>	+0,46	+0,62	+0,32	+0,38	+0,25	+0,06	4,07

NS: Diferenças não significativas; \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Localizando as diferenças através do teste de Bonferroni:

- Há diferenças estatísticas entre o curso de E-VR/EI e E-VR/SSO ( $p = 0,000$ ).
- Há diferenças estatísticas entre os cursos de E-BR/E-PO ( $p = 0,000$ ), E-BR/PEB ( $p = 0,001$ ), E-BR/EI e E-BR/SSO ( $p = 0,000$ ); E-PO/EI ( $p = 0,039$ ), E-PO/SSO ( $p = 0,000$ ); MED/EI ( $p = 0,024$ ) e MED/SSO ( $p = 0,000$ ).

Analisando as diferenças existentes entre a média dos *scores* do 1º e do 4º ano, a nível de cada curso, apenas, se constataram diferenças altamente significativas no curso de E-PO (t Student:  $p = 0,000$ ), significativas no curso de PEB (Mann-Whitney:  $p = 0,014$ ) e no curso de SSO (t Student:  $p = 0,016$ ), sempre com supremacia da média do 4º ano, o que indica que a formação destes cursos favorece, efectivamente, a tendência para o pólo da Autonomia (Fig. 4.37).



**Fig. 4.37** – Média dos *scores* do Eixo **Autonomia/Dependência** por curso e ano

\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

A reforçar a diferença estatística entre a média dos *scores* do 1º e do 4º ano, no curso de E-PO, estão as diferenças altamente significativas (Kruskal-Wallis:  $p = 0,000$ ), entre as médias dos *scores* dos alunos das classes etárias dos  $\geq 23$  anos e 20 – 22 Anos e da classe etária dos 17 – 19 Anos, sendo mais elevadas nas duas primeiras classes etárias. Daí que os alunos mais velhos tenham uma maior tendência para a Autonomia. A par desta constatação verifica-se, ainda, diferença altamente significativa (ANOVA:  $p = 0,000$ ), entre a média dos alunos, que frequentaram todas as UC, que abordam as questões de PrS e EpS e os alunos que não frequentaram nenhuma dessas UC ou apenas alguma delas. Os alunos que frequentaram todas as UC obtiveram uma média mais alta, forte indicador do efeito promotor do valor da Autonomia desta formação.

No curso de E-VR, verificou-se existir diferença significativa (Kruskal-Wallis:  $p = 0,014$ ), a nível da tendência política, entre a média dos alunos, que se dizem do Centro e os alunos de Esquerda. Os alunos do Centro obtiveram maior média e parecem ter uma maior tendência para o pólo da autonomia do que os alunos de Esquerda.

No que diz respeito à MCA, a primeira dimensão, neste eixo, explica 21,3% da variabilidade dos dados. Nesta dimensão, os alunos dos cursos de E-VR e E-BR têm uma tendência para o pólo da Autonomia, enquanto que os alunos dos cursos de EI e SSO possuem uma tendência para o pólo da Dependência. Na terceira dimensão, os alunos dos cursos de MED e EI têm uma tendência para o pólo da Autonomia, enquanto os alunos dos cursos de E-VR e SSO possuem uma tendência para o pólo da Dependência. Na primeira dimensão as categorias E-PO, MED, PEB, Ano do curso e Prática religiosa, foram excluídas da tipologia, por apresentarem medidas de discriminação excessivamente baixas e muito próximas da origem e na terceira dimensão, as categorias E-BR, E-PO e PEB, Ano do curso e Prática religiosa, foram também excluídas pela mesma razão (Quadro 4.29).

**Quadro 4.29** – Agregação das categorias do Eixo Autonomia/Dependência em função da tendência

Dimensão/Tendência	Autonomia	Dependência
Dimensão 1	- Cursos de E-VR e E-BR; - A EpS pretende ajudar os utentes a gerir as situações de doença; - O papel da EpS é capacitar as	- Cursos de EI e SSO; - A EpS pretende consciencializar os utentes a recorrerem aos profissionais de saúde em qualquer situação;

	pessoas para tomar decisões responsáveis; - O profissional de saúde deve ajudar a pessoa dependente, apenas, quando esta não tenha capacidade para realizar a tarefa; - A participação comunitária é um instrumento fundamental na melhoria dos cuidados de saúde.	- O papel da EpS é persuadir as pessoas a cumprir os conselhos dos profissionais de saúde; - O profissional de saúde deve ajudar a pessoa dependente, sempre que esta solicitar; - A participação comunitária não constitui uma ajuda efectiva na melhoria dos cuidados de saúde.
Dimensão 3	- Cursos de MED e EI; - A população deve controlar a sua saúde.	. Cursos de E-VR e SSO; - O controlo da saúde da população cabe aos profissionais de saúde.

#### 4.3.3.6. Eixo Democrático/Autocrático

Existem diferenças altamente significativas (ANOVA:  $p= 0,000$ ), entre as médias dos *scores* do Eixo Democrático/Autocrático dos sete cursos. A média dos *scores* deste eixo mais elevada é de novo a dos alunos do curso de E-BR e a menos elevada é a dos alunos do curso de SSO, que são aqueles que possuem uma tendência para o pólo Democrático mais fraca. Os alunos do curso de E-VR estão próximos dos alunos do curso de E-BR. Têm, por isso, uma tendência bastante acentuada para o pólo Democrático (Quadro 4.30).

**Quadro 4.30** - Média dos *scores* dos itens do Eixo **Democrático/Autocrático** por curso e nível de significância do teste

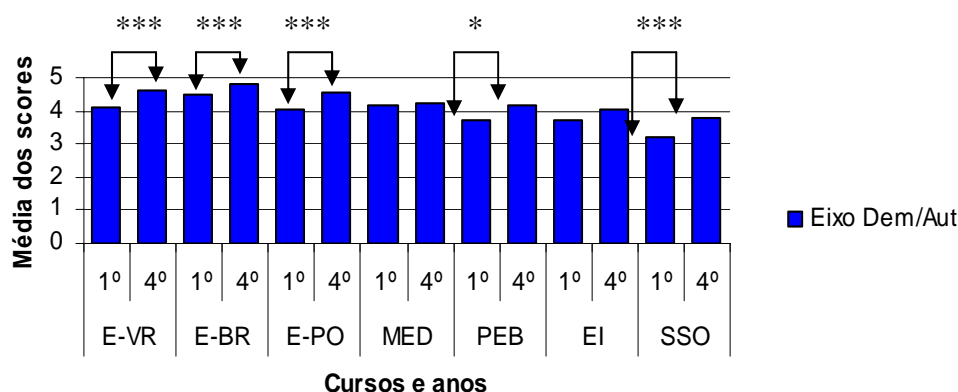
<b>Cursos</b>	<b>E-VR</b>	<b>E-BR</b>	<b>E-PO</b>	<b>MED</b>	<b>PEB</b>	<b>EI</b>	<b>SSO</b>
<b>E-VR</b>	4,35	NS	NS	NS	NS	**	***
<b>E-BR</b>	-0,24	4,59	*	**	***	***	***
<b>E-PO</b>	+0,04	+0,28	4,31	NS	NS	**	***
<b>MED</b>	+0,14	+0,38	+0,10	4,21	NS	NS	***
<b>PEB</b>	+0,33	+0,57	+0,29	+0,19	4,02	NS	***
<b>EI</b>	+0,39	+0,63	+0,35	+0,25	+0,06	3,96	***
<b>SSO</b>	+0,88	+1,12	+0,84	+0,74	+0,55	+0,49	3,47

NS: Diferenças não significativas; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Localizando as diferenças através do teste de Bonferroni:

- Há diferenças estatísticas entre o curso de E-VR/EI ( $p= 0,007$ ) e E-VR/SSO ( $p= 0,000$ ).
- Há diferenças estatísticas entre os cursos de E-BR/E-PO ( $p= 0,020$ ), E-BR/MED ( $p= 0,006$ ), E-BR/PEB, E-BR/EI e E-BR/SSO ( $p= 0,000$ ); E-PO/EI ( $p= 0,010$ ), E-PO/SSO ( $p= 0,000$ ); MED/SSO ( $p= 0,000$ ); PEB/SSO ( $p= 0,000$ ) e EI/SSO ( $p= 0,000$ ).

Quando se analisam as diferenças existentes entre a média dos alunos do 1º e do 4º ano, de cada um dos cursos, verifica-se que são altamente significativas (t Student:  $p= 0,000$ ), no curso de E-VR, E-BR, E-PO e SSO e significativas no curso de PEB ( $p= 0,042$ ), sendo a média sempre superior no 4º ano. Por conseguinte, a formação proporcionada por estes cursos, potencia a tendência para o pólo Democrático (Fig. 4.38).



**Fig. 4.38** – Média dos *scores* do Eixo **Democrático/Autocrático** por curso e ano

\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

O efeito da formação nos cursos de E-VR, E-BR, E-PO e SSO, atrás referido, é confirmado pelas seguintes diferenças estatísticas: diferenças altamente significativas (Kruskal-Wallis:  $p= 0,000$ ), entre a média dos *scores* dos alunos, que frequentaram todas as UC, que abordam as temáticas da PrS/EpS e a média dos alunos, que não frequentaram nenhuma dessas UC, no curso de E-VR; diferenças muito significativas (Kruskal-Wallis:  $p= 0,01$ ), entre a média dos alunos que frequentaram todas as UC e daqueles que frequentaram alguma dessas UC, no curso de E-BR; diferenças altamente

significativas (ANOVA:  $p=0,000$ ), no curso de E-PO e no curso de SSO (Kruskal-Wallis:  $p= 0,001$ ), entre a média dos alunos que frequentaram todas essas UC e dos alunos que frequentaram alguma ou nenhuma dessas UC com os primeiros a apresentarem uma média mais elevada e maior tendência para o pólo Democrático. Fica assim, bem demonstrado o efeito da formação nestes cursos, que acentua a tendência para o pólo Democrático.

A nível do curso de E-VR, existem, ainda, diferenças significativas (ANOVA:  $p= 0,036$ ), entre a média dos *scores* dos alunos Nada/Pouco praticantes e a dos alunos Praticantes/Muito praticantes, sendo a média dos primeiros mais elevada. Ou seja, apresentam maior tendência para pólo Democrático.

Na MCA deste eixo, a primeira dimensão explica 26,2% da variabilidade dos dados. Nesta tipologia, os alunos do 4º ano dos cursos de E-VR, E-BR e E-PO adoptam uma postura mais inclinada para o pólo Democrático, em oposição aos alunos do 1º ano, dos cursos de PEB, EI e SSO, que adoptam uma postura mais inclinada para o pólo Autocrático. As categorias MED e Prática religiosa foram excluídas da tipologia por apresentarem medidas de discriminação excessivamente baixas e muito próximas da origem (Quadro 4.31).

**Quadro 4.31** – Agregação das categorias do Eixo Democrático/Autocrático em função da tendência

<b>Dimensão/Tendência</b>	<b>Democrática</b>	<b>Autocrática</b>
Dimensão 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de E-VR, E-BR e E-PO;</li> <li>- 4º ano;</li> <li>- O médico deve negociar com o doente, o momento da alta hospitalar;</li> <li>- Nas intervenções de EpS, o grupo alvo, deve participar na definição das temáticas;</li> <li>- Perante problemas de saúde, cabe aos utentes tomar decisões, depois de convenientemente informados;</li> <li>- Os indivíduos devem optar livremente por determinada decisão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cursos de PEB, EI e SSO;</li> <li>- 1º ano;</li> <li>- O médico deve impor a sua vontade, para demonstrar a sua autoridade, no momento da alta hospitalar;</li> <li>- Nas intervenções de EpS a escolha das temáticas deve ser feita pelos Educadores;</li> <li>- Perante problemas de saúde, as decisões cabem aos profissionais de saúde, porque eles é que sabem o que é melhor para os utentes;</li> <li>- Os Educadores devem exercer pressão para mudar os comportamentos não saudáveis dos</li> </ul>

		indivíduos.
--	--	-------------

Um olhar global sobre estes resultados permite afirmar que as maiores médias dos *scores* são repartidas entre o curso de E-BR e de MED e as menores pertencem sempre ao curso de SSO. São por isso, os alunos deste curso que têm uma tendência menos acentuada para os pólos positivos dos seis eixos de valores. Contudo, a formação deste curso aumenta a tendência para os pólos positivos, excepto, no eixo Social/Individual. É o curso que apresenta mais diferenças significativas entre as médias do 1º e do 4º ano, com vantagem para o 4º ano. Os alunos deste curso, embora partindo de um patamar baixo, crescem na tendência positiva ao longo do curso. No sentido contrário, está o curso de MED, no qual os alunos partem de um patamar elevado, mas nunca se verificam diferenças significativas entre os dois anos.

#### 4.3.4. Dimensões do conceito Educação para a Saúde

Para avaliar as dimensões relativas ao conceito de EpS, utilizámos uma escala diferencial semântica (EDS), tipo Osgood, composta por três sub-escalas, que inicialmente eram constituídas por 10 pares de adjectivos cada uma, mas que foi reduzida a 18 pares por existirem alguns que não saturavam na análise factorial em nenhuma das dimensões (Ver EDS na Fig. 3.2 e Quadro 3.4 na Metodologia). Com essas sub-escalas pretendia-se avaliar as dimensões dos valores atribuídos ao conceito de EpS: Valoração, Força e Actividade.

A seguir apresentamos um quadro com a estatística descritiva relativa a cada uma das três dimensões (Quadro 4.32).

**Quadro 4.32** – Estatística descritiva das dimensões dos valores em EpS na amostra e diversos cursos

Medidas/Amostra/Cursos	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<b>Amostra</b> Valoração	708	2,60	5,00	4,5602	0,44973
Força	707	1,50	5,00	4,1374	0,62039
Actividade	707	2,00	5,00	4,2253	0,60026
<b>E-VR</b> Valoração	117	3,00	5,00	<b>4,5949</b>	0,41809
Força	116	3,00	5,00	<b>4,1796</b>	0,54069
Actividade	116	2,86	5,00	4,2746	0,50134
<b>E-BR</b> Valoração	99	3,40	5,00	4,5616	0,38722
Força	99	2,67	5,00	4,1633	0,61028
Actividade	99	2,14	5,00	4,1688	0,61542
<b>E-PO</b> Valoração	203	3,00	5,00	4,5901	0,42624
Força	203	1,67	5,00	4,1568	0,57917
Actividade	203	2,71	5,00	<b>4,3075</b>	0,51745
<b>MED</b> Valoração	72	3,00	5,00	4,5194	0,48372

	Força	72	2,33	5,00	4,1065	0,59753
	Actividade	72	2,71	5,00	4,2103	0,55870
<b>PEB</b>	Valoração	57	3,20	5,00	<b>4,4702</b>	0,50070
	Força	57	2,67	5,00	<b>4,0585</b>	0,72134
	Actividade	57	2,57	5,00	<b>4,0376</b>	0,72669
<b>EI</b>	Valoração	60	3,20	5,00	4,5367	0,46358
	Força	60	3,00	5,00	4,1083	0,60118
	Actividade	60	2,57	5,00	4,1905	0,62001
<b>SSO</b>	Valoração	100	2,60	5,00	4,5520	0,52271
	Força	100	1,50	5,00	4,1083	0,75966
	Actividade	100	2,00	5,00	4,1957	0,75009

No que se refere ao total de alunos participantes, a dimensão com o valor mínimo da variável mais baixo é a “**Força**”, que apresenta a menor média (4,1374) e o Desvio Padrão (0,62039) mais elevado das três dimensões.

Por sua vez, a nível dos cursos, os alunos que obtiveram a média mais elevada na dimensão “**Valoração**” e na dimensão “**Força**”, pertencem ao curso de E-VR e na dimensão “**Actividade**” ao curso de E-PO, ambos do sector da saúde. A média mais baixa nas três dimensões foi obtida pelos alunos do curso de PEB. No entanto, como podemos observar, todos os cursos têm médias muito elevadas nas três dimensões, o que significa, que estão muito próximos do extremo mais positivo da resposta e atribuem uma Valoração, Força e Actividade elevadas ao significado do conceito de EpS. Assim, o posicionamento da grande maioria dos alunos de todos os cursos envolvidos no estudo, está muito deslocado para os pólos positivos dos pares de adjectivos.

Quanto aos testes estatísticos, verificou-se que não existem diferenças significativas, entre as médias das três dimensões do conceito de EpS, dos cursos que fazem parte do estudo.

No que diz respeito, à diferença entre as médias das mesmas dimensões, do 1º e do 4º ano, no total de alunos da amostra, constata-se que é altamente significativa (t Student:  $p=0,000$ ) na dimensão Valoração e muito significativa (t Student:  $p=0,002$ ) na dimensão Actividade, com vantagem para o 4º ano. Assim, na EDS, essa diferença é só parcial, uma vez que na dimensão Força, não se verificam diferenças significativas.

Observaram-se, ainda, diferenças muito significativas (t Student:  $p=0,006$ ), entre as médias da dimensão Actividade do grupo de alunos, que considera que a EpS tem valores a promover e o grupo de alunos, que tem opinião contrária. O primeiro grupo de alunos obteve uma média na dimensão Actividade mais elevada.

No que concerne ao curso de E-BR, isoladamente, verifica-se que existem diferenças muito significativas (t Student:  $p= 0,007$ ), entre a média da dimensão Valoração, obtida pelos alunos do 1º e do 4º ano. Os alunos do 4º ano têm uma média mais elevada e, por isso, atribuem maior valoração a este conceito. Esta constatação é confirmada pela diferença significativa (Kruskal-Wallis:  $p= 0,032$ ), entre a média da Valoração do grupo de alunos que frequentou todas as UC, que abordam conteúdos na área da PrS/EpS e o grupo que frequentou, apenas, alguma dessas UC ou nenhuma delas. O primeiro grupo tem uma média mais elevada e atribui maior valoração.

No curso de E-PO, também se constataram diferenças significativas (t Student:  $p= 0,025$ ) e altamente significativas (T Student:  $p= 0,000$ ), respectivamente, na média da dimensão Valoração e na dimensão Actividade, entre os alunos do 1º ano e do 4º ano. Em ambos os casos, os alunos do 4º ano têm uma média mais elevada e, portanto, atribuem maior Valoração e Actividade ao significado do conceito de EpS. No caso da Actividade, também, se observam diferenças altamente significativas (ANOVA:  $p= 0,000$ ), entre a média do grupo de alunos, que frequentou todas as UC, que abordaram conteúdos nesta área e os grupos de alunos, que frequentaram, apenas, algumas dessas UC ou nenhuma delas. O primeiro grupo tem uma média mais elevada e atribui maior Actividade ao conceito.

Em termos do curso de MED, observaram-se diferenças muito significativas (Mann-Whitney:  $p= 0,007$ ) e significativas (Mann-Whitney:  $p= 0,026$ ), respectivamente, entre a média da Valoração e da Força, dos alunos do 1º e do 4º ano. Os alunos do 4º ano obtiveram médias mais elevadas e atribuem maior Valoração e Força ao conceito de EpS do que os alunos do 1º ano.

Também no curso de PEB se verificaram diferenças muito significativas (Mann-Whitney:  $p= 0,002$ ) e significativas (Mann-Whitney:  $p= 0,015$ ), respectivamente, entre a média da Força e da Actividade, dos alunos do 1º e do 4º ano. Os alunos do 4º ano, continuam a ter as médias mais elevadas e atribuem maior Força e Actividade ao conceito. Este facto, é reforçado pelas diferenças altamente significativas (Mann-Whitney:  $p= 0,001$ ) e significativas (Mann-Whitney:  $p= 0,011$ ), respectivamente, entre a média da Força e da Actividade, do grupo de alunos, que frequentou todas as UC, que leccionam conteúdos na área da PrS/EpS e o grupo de alunos que frequentou, apenas, algumas dessas UC. O primeiro grupo obteve média mais elevada e, por isso, atribui maior Força e Actividade ao conceito.

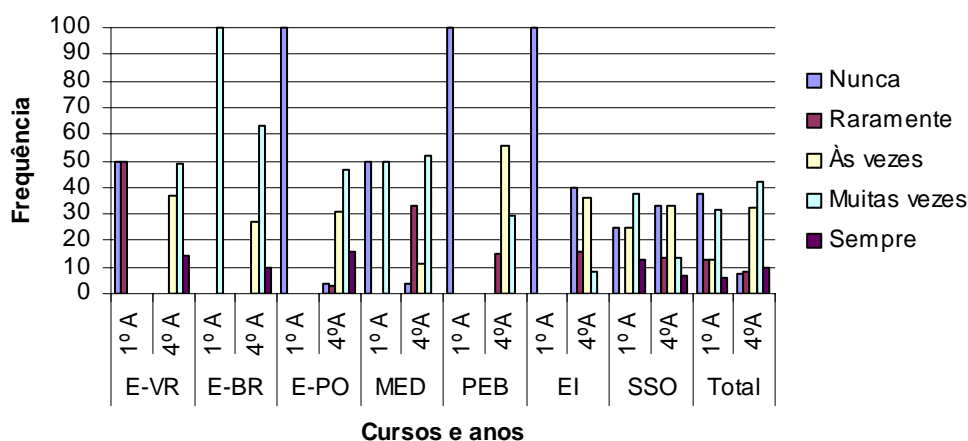


Por último, no curso de SSO, constata-se a única exceção ao padrão descrito anteriormente, dos alunos que frequentam todas as UC, ligadas à PrS/EpS, terem as médias mais elevadas, uma vez que existem diferenças significativas (Kruskal-Wallis:  $p= 0,033$ ) e muito significativas (Kruskal-Wallis:  $p= 0,01$ ), respectivamente, entre a média da Força e da Actividade, dos grupos de alunos que frequentaram, apenas, algumas dessas UC e que não frequentaram nenhuma delas e o grupo de alunos que frequentou todas essas UC. Os primeiros dois grupos obtiveram médias mais elevadas do que o grupo de alunos que frequentaram todas as UC. Ou seja, os alunos que frequentaram algumas ou nenhuma dessas UC, atribuem maior Força e Actividade ao conceito de EpS. A formação desenvolvida nessas UC, parece não contribuir para aumentar as dimensões atribuídas ao conceito de EpS.

#### 4.3.5. Perspectiva das práticas de Educação para a Saúde dos alunos

Perguntamos aos alunos participantes no presente estudo, se já tinham realizado algum tipo de experiência prática durante o curso, que se encontravam a frequentar. No total da amostra, apenas, 40,9% (N= 290), assinalaram que sim. Nos sete cursos envolvidos no estudo, a grande maioria dos alunos, que responderam que sim, pertencem ao 4º ano.

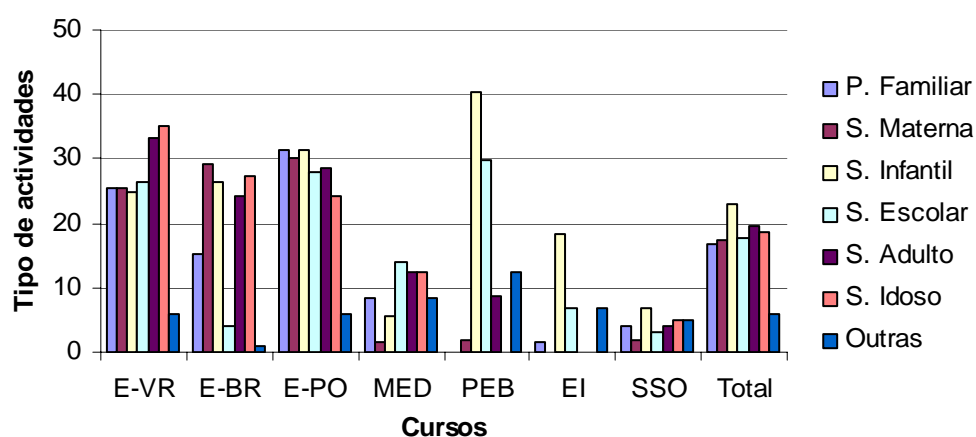
De entre os alunos que responderam que já tinham realizado algum tipo de experiência prática o maior grupo assinalou que realiza práticas de EpS Muitas Vezes (41,7%) e o menor grupo indicou que as realiza Raramente (8,3%). A nível dos cursos, verifica-se que os alunos dos cursos do sector da saúde e, sobretudo, dos cursos de Enfermagem, realizam actividades de EpS com maior frequência do que os alunos dos outros cursos, que não pertencem a esse sector (Fig. 4.39).



**Fig. 4.39** - Distribuição dos alunos quanto à frequência de actividades de EpS desenvolvidas pelos alunos do 1º e do 4º ano de cada curso e no total da amostra

Quanto ao tipo de actividades de EpS desenvolvidas no último ano lectivo, verifica-se que a maior proporção de alunos desta amostra, realiza actividades de EpS na área de Saúde Infantil (23,1%). Todavia, as proporções de alunos, que desenvolvem outros tipos de actividades, estão muito próximas, sendo o valor mais baixo, o dos alunos que realizam actividades na área do Planeamento Familiar (16,9%). Relativamente às Outras áreas de actividades, a que foi mais indicada pela maior proporção de alunos foi a área da Saúde Mental.

A nível dos cursos, existem diferentes realidades em termos do tipo de actividades de EpS, talvez em consequência das diferentes orientações e objectivos dos cursos, quer pelas UC, que se desenvolveram durante o período a que se reportava a questão, quer pela dinâmica dos seus docentes. Os alunos de Enfermagem têm uma actividade mais diversificada, já que uma boa proporção de alunos desenvolve actividades em todas as áreas. Os alunos do curso de E-VR, especificamente, realizaram mais práticas de EpS nas áreas da saúde do Adulto e do Idoso (Fig. 4.40).



**Fig. 4.40** - Distribuição dos alunos pelo tipo de actividades de EpS desenvolvidas por curso e total da amostra

Aplicámos testes estatísticos para analisar as diferenças entre a média da frequência das práticas de EpS em diferentes grupos de alunos, entre os quais os respondentes à questão “Os termos PrS e EpS são diferentes?” e com diferentes conceitos de PrS e EpS.

No total da amostra verificámos que existem diferenças muito significativas (ANOVA:  $p= 0,004$ ), entre a média da frequência das práticas de EpS dos alunos com diferentes tipos de conceitos de PrS. Os alunos com um conceito do tipo Abrangente têm uma média mais elevada, ou seja, desenvolvem práticas de EpS mais vezes do que os alunos, que se enquadram nos conceitos de PrS Misto e Reducionista.

Por sua vez, no caso específico do curso de E-VR, constatámos existirem diferenças significativas (Mann-Whitney:  $p= 0,013$ ), entre a média da frequência das práticas de EpS, dos alunos que são da opinião que os termos PrS e EpS são diferentes e aqueles que os consideram sinónimos. Os primeiros têm uma média mais elevada e, por conseguinte, realizam práticas de EpS com maior frequência.

Já no curso de E-PO, verificam-se diferenças muito significativas (Kruskal-Wallis:  $p= 0,006$ ), entre a média da frequência das práticas de EpS dos alunos com diferentes tipos de conceitos de EpS. Os alunos enquadrados no conceito Passivo obtiveram uma média mais elevada, seguidos pelos alunos que adoptaram o conceito Activo e a menor média foi a dos alunos enquadrados no conceito Misto. Assim, neste caso, os alunos com um conceito Passivo de EpS são os que desenvolvem práticas de EpS com maior frequência.

#### **4.3.6. Relação entre conceitos e conhecimentos, valores e práticas**

Baseando-nos no quadro conceptual de Clément (2004), enquadrado numa perspectiva construtivista, no qual o autor vê as concepções como uma função da interacção entre os pólos dos conhecimentos, dos valores e das práticas, propomo-nos estudar a relação entre os conceitos de PrS e EpS e os referidos pólos, no âmbito da EpS.

Para alcançar esse propósito, recorreremos à realização de testes de Associação e Correlação, de acordo com o nível de medição das variáveis em causa, afim de verificar se existe relação entre os conceitos de PrS e EpS e os pólos dos conhecimentos, dos valores e das práticas e, ainda, entre os conhecimentos e os valores e as práticas, uma vez que aquele autor refere, também, que a assimilação individual dos conhecimentos, se efectua em função dos outros dois pólos: os valores e as práticas.

A análise das relações entre concepções, conhecimentos, valores e práticas de EpS foi efectuada a nível do total de alunos da amostra bem como a nível de cada curso envolvido no estudo. Neste último caso, relativamente aos testes de associação, não foi possível confirmar algumas relações, devido à não fiabilidade do teste de  $\chi^2$ , causada pelo reduzido número de alunos em algumas categorias de variáveis testadas, violando os pressupostos deste teste de que nenhuma célula deverá ter uma frequência esperada inferior a 1 e não mais que 20% de células uma frequência esperada inferior a 5.

Os resultados referentes à análise realizada ao total de alunos da amostra, constam do quadro 4.33 e aos cursos do quadro 4.34.

**Quadro 4.33** – Medidas de associação entre as variáveis relativas aos conceitos e as variáveis relativas aos conhecimentos, aos valores e às práticas de EpS no total da amostra

Variáveis\Testes	Resultado do teste	Intensidade da relação
. Concepções x Conhecimentos		
- “Tipo de conceito de PrS” x Resposta à questão “Para si os termos PrS e EpS são diferentes?”	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,008)	- Muito baixa (Phi= 0,117)
- “Tipo de conceito de PrS” x Resposta à questão “Se sim, refira sucintamente em que consiste essa diferença”	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,015)	- Muito baixa (Phi= 0,198)
- “Tipo de conceito de EpS” x Resposta à questão “Para si os termos PrS e EpS são diferentes?”	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,000)	- Muito baixa (Phi= 0,146)
- “Tipo de conceito de EpS” x Resposta à questão “Se sim, refira sucintamente em que consiste essa diferença”	- <b>Não existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,140)	_____
. Concepções x Valores		
- “Tipo de conceito de PrS” x “Tipificação dos alunos no Eixo Holístico/Reduccionístico”	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,000)	- Baixa (Phi= 0,222)
- “Tipo de conceito de PrS” x “Tipificação dos alunos no Eixo	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,003)	- Muito baixa (Phi= 0,129)

Autonomia/Dependência” - “Tipo de conceito de PrS” x “Tipificação dos alunos no Eixo Democrático/Autocrático”	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,000)	- Baixa (Phi= 0,206)
- “Tipo de conceito de EpS” x “Tipificação dos alunos no Eixo Holístico/Reduccionístico”	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,000)	- Muito baixa (Phi= 0,194)

**Quadro 4.33** (Continuação)

Variáveis\Testes	Resultado do teste	Intensidade da relação
- “Tipo de conceito de PrS” x “Tipificação dos alunos no Eixo Democrático/Autocrático”	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,000)	- Muito baixa (Phi= 0,183)
. Concepções x Práticas de EpS - “Tipo de conceito de PrS” x “Frequência das actividades de EpS” - “Tipo de conceito de EpS” x “Frequência das actividades de EpS”	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,009) - <b>Não existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,252)	- Baixa (Phi= 0,217) _____
. Conhecimento x Práticas de EpS - Resposta à questão “Se sim, refira sucintamente em que consiste essa diferença” x “Frequência das actividades de EpS”	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,034)	- Muito baixa (Phi= 0,195)

Analisando o quadro 4.33, constata-se que apesar de existirem relações de dependência entre quase todas as variáveis, a intensidade dessas relações, avaliada através do coeficiente de Phi e de Crámer (Pestana e Gageiro, 2005), é em todos os casos muito baixa ou baixa, coeficientes inferiores a 0,4, valor considerado moderado e

já aceitável. Assim, todas as relações apresentadas, devido aos baixos coeficientes de intensidade, são relações espúrias.

Não se verificaram mais relações de dependência entre as outras variáveis em análise, nomeadamente, conceitos e dimensões do conceito de EpS, tipos de conceitos e frequência das actividades de EpS (práticas), conhecimentos (Questão 9 e 9.1) e valores e, dimensões do conceito de EpS e frequência das actividades de EpS.

A nível da análise curso a curso, só foi possível confirmar, a existência de relações de dependência entre as variáveis atrás referidas, apenas, no curso de E-PO, MED e SSO. Em alguns cruzamentos, não foi possível fazer essa confirmação pela razão já apresentada de falta de fiabilidade do teste de  $\chi^2$  (Quadro 4.34).

**Quadro 4.34** - Medidas de associação entre as variáveis relativas aos conceitos e as variáveis relativas aos conhecimentos, aos valores e às práticas de EpS nos cursos

Variáveis\Cursos\Testes	Resultado do teste	Intensidade da relação
. <b>E-PO</b> : Concepções x Conhecimentos - “Tipo de conceito de PrS” x Resposta à questão “Se sim, refira sucintamente em que consiste essa diferença” - “Tipo de conceito de EpS” x Resposta à questão “Para si os termos PrS e EpS são diferentes?” - “Tipo de conceito de EpS” x Resposta à questão “Se sim, refira sucintamente em que consiste essa diferença”	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,008) - <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,012) - <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,000)	- Baixa (Phi= 0,275) - Baixa (Phi= 0,209) - Muito baixa (Phi= 0,146)
. <b>MED</b> : Concepções x Conhecimentos - “Tipo de conceito de PrS” x Resposta à questão “Para si os termos PrS e EpS são diferentes?”	- <b>Existe</b> relação de dependência ( $\chi^2$ : p= 0,022)	- Baixa (Phi= 0,325)
. <b>SSO</b> : Valores x Práticas de EpS - “Valoração do conceito de EpS” x “Frequência das actividades de EpS”	<b>Existe</b> relação de dependência (Spearman: p= 0,007)	- Moderada (Spearman: R=-0,543)

Também a nível dos cursos, apesar de ter sido possível confirmar a existência de algumas relações entre as variáveis em estudo, a sua intensidade é baixa, o que implica que são relações espúrias, sem importância. Apenas, no caso do curso de SSO, se verifica uma relação que é aceitável e de valorizar, entre variáveis que caracterizam os valores e a prática de actividades de EpS, em que se obteve um coeficiente de Spearman de -0,543. Este valor negativo significa que à medida que aumenta a valoração atribuída ao conceito de EpS diminui a frequência das actividades de EpS e vice-versa.

Em suma, podemos afirmar que existem relações, se bem que ténues, entre conceitos e conhecimentos, entre conceitos e valores e entre conceitos e práticas, o que se enquadra no modelo KVP (Clément, 2006). Ao nível do curso de SSO, salientamos a relação entre valores e práticas de EpS, na qual se verifica uma relação inversa. Isto é à medida que aumenta a valoração atribuída à EpS, diminui a frequência da realização de actividades de EpS dos seus alunos.

## CAPÍTULO V

### DISCUSSÃO

Nesta etapa do estudo surgiram dificuldades relacionadas com a validade externa e a comparação dos resultados, dado serem escassos os estudos semelhantes ao presente estudo, no âmbito da temática das concepções e, sobretudo, dos valores em PrS/EpS, efectuados em Portugal e a nível internacional.

A discussão dos resultados será efectuada na mesma ordem sequencial da apresentação dos mesmos. Daremos maior relevo aos aspectos relacionados com o curso de E-VR e utilizaremos como termo de comparação os outros cursos de Enfermagem, que fazem parte deste estudo, na ausência de estudos paralelos.

Num primeiro momento iremos referir-nos ao **quadro de referência** de valores em PrS/EpS identificado em modelos de PrS/EpS de documentos de autores individuais e de organismos oficiais, de seguida passaremos à discussão das **concepções a ensinar**, procurando analisar como se processou a Transposição didáctica externa (TDE) e, por



último, faremos referência às **concepções ensinadas** aos alunos, que nos permitirão analisar como decorreu a Transposição didáctica interna (TDI) (ver Fig.2.6).

### **5.1. Eixos de valores em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde identificados nos documentos de autores individuais e de organismos oficiais:**

#### ***Quadro de referência***

Da análise aos documentos de autores individuais e de organismos oficiais, tendo como matriz analítica os seis eixos previamente identificados (Social/Individual, Salutogénico/Patogénico, Holístico/Reduccionístico, Equidade/Desigualdade, Autonomia/Dependência e Democrático/Autocrático), constata-se que os eixos de valores mais emergentes, no conjunto destes dois tipos de documentos, são o eixo Autonomia/Dependência, mais emergente nos autores individuais e segundo mais emergente nos organismos oficiais, seguido pelo eixo da Equidade/Desigualdade, que embora seja penúltimo no discurso dos autores é o mais emergente nos organismos oficiais. Outro eixo que emerge bastante no discurso dos autores individuais é o Salutogénico/Patogénico, embora não seja muito visível no discurso dos organismos. O eixo menos emergente nos dois tipos de documentos é o Democrático/Autocrático, existindo neste caso uma concordância total entre os dois tipos de documentos, o que poderá significar que é dada pouca importância a estes valores. Os pólos positivos prevalecem e os resultados mostram que o discurso dos autores está imbuído dos valores “**Social**”, “**Salutogénico**”, “**Holístico**”, “**Equidade**”, “**Autonomia**” e “**Democracia**”. São pois, fundamentalmente, os valores agrupados neste conjunto de eixos, que constituem o quadro de referência deste estudo, os quais emergem destes documentos.

Por outro lado, a prevalência esmagadora dos pólos positivos, que se identificou nesta análise, contrasta com a realidade das práticas de EpS a jusante, sobretudo no que diz respeito a certas situações de desigualdade e de autocratismo. Na nossa opinião, baseada na observação empírica das práticas de PrS/EpS, aquele discurso é bastante mais avançado e ainda não foi devidamente adquirido e interiorizado, muito menos implementado por aqueles que no nosso país desenvolvem as referidas práticas (Carvalho & Carvalho, 2004). Isto porque a maioria das práticas de PrS/EpS não têm em conta o contexto social das pessoas a quem são dirigidas e procuram a mudança de comportamento individual, sem ter em conta a pressão social exercida sobre as mesmas

pessoas, daí que muitas dessas práticas não consigam obter os resultados que esperariam (Ewles & Simnett, 1999).

No caso dos autores analisados, parece haver uma grande preocupação pela “**Autonomia**” das pessoas e no caso dos organismos pela “**Equidade**”. Também aqui a realidade parece negar esta preocupação, uma vez que, a acessibilidade à PrS/EpS, poderá não ser igual para todos os grupos sociais, especialmente, quando estão em causa minorias e outros grupos igualmente discriminados (Baumann, 2002; Morrondo, 2000).

O eixo “**Democrático/Autocrático**” é o que emerge menor número de vezes, tanto ao nível dos autores como dos documentos dos organismos analisados. Talvez, esta constatação se traduza no comportamento pouco democrático, sobretudo, dos profissionais de saúde, que procuram impor as suas ideias sobre a saúde e a doença e na fase de planeamento das práticas de PrS/EpS, não discutem os objectivos e os métodos e, por vezes, nem identificam as necessidades educativas das comunidades (Carvalho & Carvalho, 2004; Carvalho & Carvalho, 2006).

## **5.2. Eixos de valores identificados nos Programas do Curso de Licenciatura em Enfermagem, documentos de ensino e entrevistas aos docentes de Saúde Pública: *Concepções a ensinar***

### **5.2.1. Programas do curso de Licenciatura em Enfermagem de Vila Real**

No que diz respeito à análise aos Programas do Curso de E-VR, verifica-se que o eixo mais emergente é o eixo Salutogénico/Patogénico, seguido a grande distância pelo eixo Holístico/Reduccionístico. Parece existir a preocupação de que o valor do holismo faça parte do processo de formação. Todos os outros eixos de valores são residuais, sendo o eixo da Equidade/Desigualdade o menos emergente. Os documentos analisados são poucos nos valores em estudo, sendo, apenas, bastante permeados pelos valores salutogénico e, sobretudo, patogénico.

Face ao exposto, pode-se deduzir que os valores que impregnam os programas, transmitidos através do processo de TDE, não são aqueles que emergem dos documentos dos autores individuais e dos organismos oficiais. Existem, pois, algumas diferenças entre o quadro de referência e as concepções a ensinar dos programas, que passamos a descrever. O terceiro eixo mais emergente nos documentos, que constituem o quadro de referência, o eixo Salutogénico/Patogénico, passa a ser o mais emergente

nos programas, mas neste caso, o pólo patogénico é o predominante e, embora os outros eixos constem desses documentos, as suas frequências são residuais. Passa-se de um maior destaque conferido aos eixos da Autonomia/Dependência e da Equidade/Desigualdade para o destaque quase absoluto atribuído ao eixo Salutogénico/Patogénico, no qual o pólo patogénico adquire maior visibilidade. Ou seja, passa-se de um paradigma de factores sociais para um paradigma de doença. Assim, a lógica do que é expresso nos programas não se encontra em concordância com os valores do quadro de referência.

### 5.2.2. Documentos de ensino de Saúde Pública

Fazendo o paralelismo entre o quadro de referência e os documentos de Ensino de Saúde Pública, constata-se que os valores veiculados através da TDE, neste caso, são mais coerentes. O eixo Salutogénico/Patogénico, também é o mais emergente nestes documentos, mas neste caso com predominância do pólo salutogénico, uma vez que estes documentos, apelam frequentemente à obtenção de ganhos em saúde. O eixo da Autonomia/Dependência é o segundo mais emergente, embora com frequência mais baixa, notando-se a preocupação com a participação dos cidadãos, que ainda é muito reduzida na realidade do dia-a-dia. O eixo menos emergente é o Democrático/Autocrático, o que está em sintonia com o quadro de referência.

Contudo, o relevo conferido ao eixo da Autonomia/Dependência nestes documentos, parece não ter reflexo nas práticas de EpS, nas quais, sobretudo, os profissionais têm dificuldade em aceitar um papel mais activo dos outros actores, em desenvolver-lhes competências e incentivar a sua participação. Por outro lado, o reduzido destaque dado ao eixo Democrático/Autocrático foi bem transferido para as práticas de EpS, uma vez que as regras são quase sempre impostas pelos técnicos (Carvalho & Carvalho, 2004).

### 5.2.3. Entrevistas aos docentes de Saúde Pública/Saúde Comunitária

Foram entrevistadas quatro docentes sobre as duas grandes temáticas deste estudo: as concepções e os valores em PrS/EpS. Abordaram-se as concepções de Saúde, Doença, Saúde Pública, Saúde Escolar, Saúde Infantil, PrS e EpS.

**i) Conceito de Saúde** – A definição de Saúde de três das entrevistadas menciona a palavra bem-estar, parecendo ter sido inspirada no conceito da OMS (1946). Todos os

conceitos estão assim marcados pela positividade, subjectividade e imbuídos do valor holismo. Por outro lado, uma das entrevistadas expressou ainda um conceito “**negativo**”, definindo saúde como ausência de doença, enquanto outra expressou um conceito “**moderno**”. Isto quer dizer, que o conceito “**moderno**”, no qual a saúde é vista como um recurso para o desenvolvimento de projectos de vida de cada pessoa, ainda não impregna o discurso de todas as entrevistadas, existindo ainda traços de negatividade. Pensamos que esta perspectiva moderna de Saúde, já deveria ter sido incorporada por todos os docentes e a negatividade abandonada.

**ii) Conceito de doença** – Por sua vez, o conceito de doença é fortemente dominado pela preocupação da objectividade, mas é também construído com recurso à negação. Isto denota a dificuldade de duas entrevistadas em operacionalizar este conceito e a ausência de uma visão do continuum, em que a Saúde e a Doença têm diferentes graus num mesmo eixo (Sanmartí, 1985).

**iii) Conceito de Saúde Pública** – No conceito de Saúde Pública, área de especialidade das entrevistadas, constata-se que todas têm a noção, que esta entidade gere fenómenos que afectam as comunidades. No entanto, duas das entrevistadas expressaram um conceito “**reduccionista**”, por não terem abordado os aspectos considerados fundamentais neste âmbito, como é o caso da participação comunitária, da necessidade do envolvimento de todos os sectores (intersectorialidade) e da interligação entre saúde e meio ambiente. Consideramos este facto negativo, talvez explicável pela preocupação das entrevistadas em construir um conceito com palavras suas. Estamos em crer que estes aspectos serão trabalhados no processo de ensino-aprendizagem, incluindo a experiência prática.

**iv) Actividades de Enfermagem no âmbito da Saúde Pública** – Esta categoria é uma das mais ricas das entrevistas, tendo sido identificadas 11 sub-categorias, que emergiram da análise, das quais se destacam o “**diagnóstico de saúde**” e a “**realização de EpS**”, por serem referidas por três das entrevistadas e, por isso, constituírem as actividades mais consensuais. No lado oposto estão as sub-categorias “**concepção de práticas de Saúde Pública**” e “**vacinação**”, porque apenas foram mencionadas por uma das entrevistadas. Isto constitui uma lacuna dada a importância das actividades em causa e, sobretudo, da vacinação para a Saúde Pública, tendo em conta o papel exercido

pelos enfermeiros nesta actividade. Este facto, poderá ser explicado, eventualmente, porque a vacinação é uma actividade da rotina quotidiana, mas também pelo pouco relevo, que lhe é atribuído no programa do curso de E-VR, situação que na nossa opinião deveria ser corrigida.

**v) Conceito de Saúde Escolar** – O elemento comum ao conceito de todas as entrevistadas é a interligação da Saúde Escolar (SE) com a EpS e a promoção de estilos de vida saudáveis. No entanto, todos os conceitos foram classificados como “**reducionistas**”, uma vez que, as entrevistadas parecem não estar muito conscientes, quer dos principais objectivos da SE, quer dos alvos da mesma. Apenas uma das entrevistadas se refere à comunidade escolar e outra ao meio ambiente. Possíveis explicações para estes resultados poderão ser o facto das entrevistadas não desenvolverem SE no contexto da prática de cuidados e não leccionarem estes conteúdos há já alguns anos. Contudo, uma melhor apropriação daqueles aspectos seria positivo, uma vez que a SE é uma actividade importante no seio da Saúde Pública e, por vezes, é desenvolvida pelos alunos na experiência prática.

**vi) Actividades de Enfermagem no âmbito da Saúde Escolar** – Existe apenas uma actividade que foi mencionada por todas as entrevistadas, que é a EpS. As respostas são por isso muito diversificadas. No entanto é de salientar, pela negativa, que nenhuma das entrevistadas tenha mencionado actividades dirigidas ao ambiente, fundamentais para a criação e manutenção de um ambiente escolar seguro. Este resultado poderá ser reflexo do tipo de conceito de SE incorporado nas entrevistadas, que deveria evoluir para uma perspectiva mais abrangente.

**vii) Conceito de Saúde Infantil** – Todos os conceitos expressos (3) são classificados como “**incompletos**”, porque ou não fazem menção à sua principal actividade “**vigilância do crescimento e desenvolvimento**” ou não mencionam a idade abrangida por esta área. Uma das entrevistadas não conseguiu expressar nenhum conceito, o que denota a dificuldade que as entrevistadas tiveram em definir Saúde Infantil, o que é aceitável já que esta não é a sua área de especialização e as actividades de Saúde Infantil em contexto de Centro de Saúde são muitas vezes desenvolvidas por enfermeiros generalistas.

**viii) Actividades de Enfermagem no âmbito da Saúde Infantil** – As dificuldades das entrevistadas na construção dos conceitos têm continuidade na indicação das actividades nesta área de Saúde Infantil. Apenas duas das entrevistadas indicaram actividades, existindo repetição da EpS, uma actividade transversal a todas as áreas. Estas dificuldades poderão ser explicadas pela existência de zonas de sobreposição de actividades e de zonas cinzentas de indefinição.

**ix) Diferenciação entre Saúde Escolar e Saúde Infantil** – Apesar das dificuldades na construção destes conceitos, três das entrevistadas conseguiram diferenciar adequadamente os dois conceitos, baseando-se nos alvos e nas classes etárias abrangidas pelas duas áreas, tendo feito um esforço de reflexão nesse sentido.

**x) Conceito de Promoção da Saúde** – É de salientar que três das entrevistadas não conseguiram expressar um conceito de PrS, associando este termo à prevenção da doença. A entrevistada que conseguiu articular um conceito, apresenta uma perspectiva muito centrada na mudança de comportamentos, não fez alusão à criação de condições, que permitam às pessoas controlar a sua saúde, nem às influências sócio-económicas e políticas da PrS. Foi, por isso, classificado como um conceito “**misto**”. O estudo de Clark e Maben (1998), já tinha chegado às mesmas conclusões, tendo as autoras afirmado, que os docentes de Enfermagem não demonstraram uma consciência das implicações de nível político do termo PrS, mas que se concentravam sobre o estilo de vida e sobre a informação para a mudança de comportamento.

Um trabalho empírico realizado por Maben e Clark (1995), sugere que as compreensões do conceito de PrS estão firmemente embebidas na abordagem mais tradicional, mais do que no paradigma moderno. Por sua vez também Clark e Maben (1998) acrescentam que a PrS é um termo frequentemente usado, mas é muitas vezes mal definido.

**xi) Conceito de Educação para a Saúde** – Todas as entrevistadas expressaram um conceito de EpS, tendo sido dois deles classificados conceitos “**passivos**” e dois “**activos**”. No tipo de conceito “**passivo**”, as entrevistadas apresentam um discurso muito centrado na transmissão de conhecimentos, na mudança de comportamentos, atribuindo o papel de desenvolvimento das actividades de EpS ao profissional de saúde, enquanto no conceito “**activo**” as entrevistadas vêem a EpS como uma estratégia de

ajuda e atribuem um papel autónomo e activo às pessoas alvo. Resumindo, no caso do conceito de EpS as entrevistadas demonstraram conhecê-lo bem, embora em duas delas se faça sentir o paradigma biomédico.

A conceptualização do tipo “**passivo**” das entrevistadas do presente trabalho, é muito similar à das quatro enfermeiras dos Cuidados de Saúde Primários entrevistadas, que participaram num estudo realizado por Rosso e Collet (1999), no Estado do Paraná – Brasil, cujo conceito de EpS estava centrado na prevenção de doenças e alicerçava-se na transmissão de conhecimentos para a mudança de comportamentos.

**xii) Diferenciação entre Promoção da Saúde e Educação para a Saúde** – Todas as entrevistadas são de opinião que os termos PrS e EpS são diferentes. No entanto, quando solicitadas a estabelecer a diferenciação entre os dois termos, uma das entrevistadas não a conseguiu efectuar e as outras três indicaram que a PrS é mais abrangente do que a EpS, considerando a EpS uma das estratégias da PrS. Uma destas entrevistadas manifestou mesmo a sua dificuldade em delimitar as diferenças. Contudo, não se referiram à perspectiva económica e política da PrS, nem ao seu foco na capacitação das pessoas para controlarem a sua própria saúde.

O reduzido domínio das diferenças entre os dois termos por parte das docentes entrevistadas, também foi constatado no estudo realizado por Clark e Maben (1998), em Inglaterra com 15 docentes de Enfermagem, que foram submetidos a entrevista, os quais se mostraram confusos acerca dos termos. As autoras referem ainda, que historicamente a PrS era compreendida como um termo guarda-chuva, sinónimo e permutável com EpS e associado à “venda” de saúde.

**Valores em Promoção/Educação para a Saúde** - Todas as entrevistadas são de opinião que tanto a PrS como a EpS, transmitem valores. Do discurso das entrevistadas emergiram 14 sub-categorias de valores: autonomia, cidadania, equidade, justiça social, liberdade, multissetorialidade, participação comunitária, respeito, responsabilidade individual, solidariedade, tolerância, valores éticos, morais e da vida. Os valores considerados mas importantes foram a equidade, solidariedade, tolerância e o respeito. Se enquadrarmos estes valores nos eixos de valores criados, concluímos que o Eixo Social/Individual emerge três vezes, o Eixo Salutogénico/Patogénico uma, o Eixo Holístico/Reduccionístico uma, o Eixo da Equidade/Desigualdade quatro vezes, o Eixo

da Autonomia/Dependência duas e por último, o Eixo Democrático/Autocrático com nenhuma referência.

Assim, todos os eixos, excepto, o Democrático/Autocrático estão representados na indicação de valores das entrevistadas, sendo o eixo Equidade/Desigualdade o mais emergente. Salienta-se, também, que apenas uma das entrevistadas referiu ter feito formação acerca da temática valores em PrS/EpS.

Fazendo um paralelismo com o quadro de referência, conclui-se que os valores emergentes do discurso das entrevistadas, se aproximam bastante dos valores que emergem dos documentos dos organismos oficiais, intrometendo-se apenas o Eixo Social/Individual. Os valores transmitidos através da TDE sofreram, assim pequenas alterações, antes ou durante este processo, tendo sido dado menos destaque ao eixo da Autonomia/Dependência e mais ênfase ao eixo Sócia/Individual. Uma possível explicação para este resultado poderá estar relacionado com as principais fontes de pesquisa, que as docentes utilizam. Possivelmente utilizarão mais os documentos de organismos oficiais do que os documentos de autores individuais.

Em suma, no que concerne à TDE verifica-se uma diferença acentuada entre os valores emergentes dos documentos que constituem o *Quadro de Referência* e as *Concepções a Ensinar*, no caso dos programas de curso de E-VR, nos quais o eixo mais emergente é o Salutogénico/Patogénico com predomínio do pólo Patogénico; no caso dos documentos de ensino de Saúde Pública, verifica-se alguma diferença, uma vez que, embora o eixo Salutogénico/Patogénico, se continue a destacar, desta vez o predomínio é do pólo Salutogénico; e bastantes semelhanças entre o sistema de valores dos documentos dos organismos oficiais e o discurso das entrevistadas.

A análise à TDI entre as concepções a ensinar e as concepções ensinadas será efectuada após a discussão dos resultados referentes aos dados dos questionários aplicados aos alunos do 1º e do 4º ano dos diversos cursos.

Relativamente à forma, contextos e estratégias para trabalhar valores em PrS/EpS as entrevistadas sugeriram: a via “**formal**” e a “**informal**”; os contextos da “**experiência prática**”, “**aulas práticas**” e “**aulas teóricas**”; e como estratégias as “**análises**”, “**debate de ideias**”, “**histórias de vida**”, “**trabalho participado do aluno**” e “**exposição de conteúdos**”. Do seu discurso pode concluir-se que as entrevistadas têm um excelente domínio sobre estes aspectos.



Analisando as falas das entrevistadas quanto à avaliação dos alunos pelas atitudes e valores, constata-se que existem três tipos de procedimentos diferentes: “**não avalia os alunos, nem pelas atitudes, nem pelos valores**”; “**não avalia pelos valores, mas avalia pelas atitudes**”, e “**avalia pelas atitudes e pelos valores**”. Assim, conclui-se que não existe uniformidade de procedimentos, o que na nossa opinião seria desejável, para que os critérios de avaliação fossem iguais para todos os alunos e estes sintam existir equidade e justiça no processo de ensino/aprendizagem. Por isso este assunto deverá ser analisado e debatido pelos docentes para que seja encontrado um consenso acerca do melhor procedimento a seguir no futuro.

Por último, no que diz respeito ao conhecimento dos eixos de valores em PrS/EpS identificados neste estudo e que constituem a sua matriz e à tendência das entrevistadas em relação aos valores inerentes a cada um desses eixos, verifica-se que pelo menos três das entrevistadas demonstraram conhecer os dois pólos de valores de cada eixo. Ou seja, as entrevistadas conhecem os valores inerentes a estes eixos e a sua tendência é quase sempre para os pólos positivos (salutogénico, holístico, equidade, autonomia e democrático). Existe, apenas, uma excepção referente ao eixo Social/Individual, no qual se nota uma certa indefinição, sendo que duas das entrevistadas adoptaram uma posição neutra. Neste aspecto da tendência para os pólos de valores, uma das entrevistadas parece querer justificar algumas atitudes de coerção, que são pouco aceitáveis, numa sociedade que se quer plural e que aprofunde a sua cidadania. Contudo a entrevistada não se referiu a situações ligadas com a EpS.

### **5.3. Análise dos dados obtidos por questionário: concepções ensinadas**

Da população seleccionada, 1132 alunos de sete cursos do ensino superior (E-VR, E-BR, E-PO, MED, PEB, EI e SSO) inseridos nos distritos de Braga, Porto e Vila Real, 709 responderam ao questionário, o que perfaz 62,6% dos inquiridos. A proporção dos respondentes nos cursos de Enfermagem é mais elevada do que a dos outros cursos, talvez devido à forma como se procedeu à recolha de dados nas Escolas Superiores de Enfermagem e à maior afinidade, que estes alunos sentiram relativamente à temática do estudo e ao investigador.

#### **5.3.1. Caracterização dos respondentes**

O predomínio do **Sexo** feminino na amostra e em todos os cursos é muito acentuado, facto que poderá ficar a dever-se à maior capacidade de estudo e empenho das raparigas

durante o ensino secundário, comportamentos que aumentam a sua acessibilidade ao Ensino Superior.

No que diz respeito às **Classes etárias**, a esmagadora maioria dos alunos a frequentar o 1º e o 4º ano dos cursos, pertence à classe etária prevista para cada um dos anos. A classe etária dos  $\geq 23$  anos, corresponderá àqueles alunos que já reprovaram durante o seu percurso lectivo. As médias de idade são mais elevadas nos cursos de MED, PEB e EI, talvez porque os alunos destes cursos não tenham conseguido ser admitidos nas primeiras tentativas de acesso ao curso, tenham tido necessidade de repetir o 12º ano, para melhorarem a sua média de acesso (sobretudo os alunos de MED) ou tenham concorrido ao ensino superior mais tardiamente. Os alunos dos cursos de Enfermagem são os mais novos, talvez por se tratar de um curso da área da saúde, ainda bastante apelativo, com colocação no mercado de trabalho e constituir uma segunda opção para os alunos, que não conseguem ser admitidos no curso de MED, o qual possui médias de acesso mais elevadas.

Quanto à **Residência** durante a infância, verifica-se que o maior grupo de alunos, na maioria dos cursos, residiu numa aldeia. A exceção é o curso de MED, no qual a maioria dos alunos residiu numa cidade. Uma possível explicação para este facto, poderá estar relacionada com a existência de mais e melhores recursos nas cidades e melhor qualidade de ensino secundário, o que permite aos alunos provenientes deste meio, ter melhores médias e mais possibilidades de acesso àquele curso.

Em todos os cursos com excepção de novo do curso de MED, os alunos assinalaram ter uma **Prática religiosa** Mediana ou serem Bastante praticantes. Mas no curso de MED os maiores grupos de alunos assinalaram ser Não praticantes ou Pouco praticantes. Este fenómeno poderá estar relacionado com o meio de proveniência dos alunos. Os alunos provenientes da Aldeia e Lugares, nos quais as comunidades são tradicionalmente mais praticantes, adoptam mais este comportamento. Por outro lado, nas cidades, as comunidades não valorizam tanto a prática religiosa, característica que se poderá reflectir nos alunos provenientes deste meio.

No **Nível sócio-económico** (NSE) mantém-se a excepção dos alunos do curso de MED. Enquanto nos outros cursos estudados, o maior grupo de alunos se enquadra no NSE Médio e Baixo, no curso de MED a grande maioria dos alunos enquadra-se no NSE Alto. A maior disponibilidade de recursos destes alunos poderá contribuir para aumentar a sua acessibilidade ao curso de MED. Estas últimas três variáveis de caracterização poderão estar relacionadas.

No curso de E-VR mantém-se o padrão da totalidade da amostra, no que se refere às variáveis Sexo e Classe etária. A nível da Prática religiosa, a influência do meio de proveniência do aluno poderá explicar a maior intensidade da prática religiosa dos alunos do 1º ano, provenientes da Aldeia, que no 4º ano se aproxima da prática religiosa dos alunos provenientes da Cidade, tornando-se muito semelhante.

Tendo presentes os objectivos, que inicialmente formulamos para este estudo, os resultados obtidos através da aplicação dos questionários, permitem-nos retirar algumas conclusões, que passamos a apresentar e a discutir, e que caracterizam as concepções de Saúde, Saúde Pública, Saúde Escolar, PrS e EpS, os valores em PrS/EpS e as práticas de EpS dos alunos.

### **5.3.2. Concepções de Saúde, Saúde Pública, Saúde Escolar, Promoção da Saúde e Educação para a saúde**

Achamos importante estudar estes conceitos uma vez que o seu significado influenciará os valores e as práticas em cada um destes campos.

#### **5.3.2.1. Representação mental do conceito de Saúde**

As cinco palavras-chave mais utilizadas pelos alunos inquiridos para representar o termo Saúde foram “Bem-estar”, “Hospital”, “Doença”, “Médico” e “Enfermeiro”, tendo a palavra-chave “Bem-estar” sido indicada por mais de três quartos dos alunos da amostra (77,4%).

No curso de E-VR, estas palavras-chave continuam a ser as mais utilizadas, embora a sua ordenação seja diferente. A palavra-chave “Doença” passou a ser a quinta palavra-chave mais indicada e a palavra-chave “Enfermeiro” passou para a terceira posição, o que se compreende visto tratar-se de alunos de Enfermagem.

A utilização destas palavras-chave significa que a representação mental de saúde destes alunos, embora bastante marcada pela positividade da palavra-chave “Bem-estar”, é ainda dominada pelo paradigma Biomédico, no qual os profissionais de saúde e as unidades prestadoras de cuidados de saúde assumem um papel de destaque e a negatividade da palavra-chave “doença” continua a marcar presença. A influência daquele paradigma traduz-se na visão reducionista dos determinantes de saúde, técnico-centrica, uma vez que estes alunos vêem a saúde, quase exclusivamente, como um feudo dos Cuidados de saúde, esquecendo ou desconhecendo os outros determinantes de saúde como a Biologia, os Estilos de vida e o Ambiente (Sanmartí, 1985). Esta lacuna tem

ainda o agravante do peso dos determinantes de saúde Estilo de vida e Ambiente, ser muito superior ao dos Cuidados de saúde. Em suma, esta representação ainda possui, um carácter fortemente social e cultural, bem ancorado no redutor modelo biomédico de saúde.

Estas palavras-chave coincidem com o que a Saúde significa para os adolescentes, no dizer de Rosenbaum e Carty (1996): bem-estar, ausência de doença, enfrentar os problemas e ser responsável.

Num estudo realizado por Fernandes e Lopes (2002), com 98 alunos do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem (Pós-Licenciatura de especialização) dirigido a enfermeiros com experiência profissional, na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende em Lisboa, no qual foi utilizada a técnica de associação livre de palavras, as palavras mais frequentemente mencionadas para representar o conceito de “saúde” foram “Bem-estar”, “Alegria”, “Equilíbrio” “Felicidade” “Vida” e “Doença”. Nas posições seguintes aparecem as palavras “Enfermeira” e “Hospital”. Quase todas estas palavras foram mencionadas pelos alunos do presente estudo, mantendo-se a palavra “Bem-estar” como a mais indicada. Contudo, no estudo atrás referido, todas as seis palavras mencionadas, excepto “Doença”, têm um cariz positivo, sendo aquela palavra a única associada ao conceito negativo de Saúde. As investigadoras associaram os elementos positivos descritos com os elementos ligados aos técnicos de saúde a às unidades prestadoras de cuidados de saúde, conjunto que na sua opinião se traduz num conceito de Saúde como “Ausência total de doença”, considerando esta perspectiva redutora, ligada ao conceito da OMS de 1946, organização que já reviu o conceito, mas as mudanças ainda não se operaram na sua amostra. O mesmo parece acontecer com a amostra do presente trabalho.

Por sua vez, num estudo desenvolvido por Araújo (2006), com uma amostra de 61 estudantes do 2º ano da Licenciatura de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Vale do Ave, de Vila Nova de Famalicão, aos quais foi aplicado um questionário, o termo “Saúde” foi peremptoriamente relacionado com “Bem-estar” e “Equilíbrio”, palavras coincidentes com as obtidas no presente estudo.

### **5.3.2.2. Evolução do conceito de Saúde**

Procurou-se comparar as diferenças sobre as representações do conceito de Saúde entre os alunos do 1º ano e do 4º ano de cada curso. Verificámos que nos cursos de E-VR, E-PO, EI e SSO ocorreram apenas pequenas alterações na representação do

conceito de Saúde do 1º para o 4º ano, enquanto que nos cursos de E-BR, MED e PEB se deram alterações mais substanciais. No caso específico do curso E-VR as cinco palavras-chave mais utilizadas pelo 1º e 4º ano são as mesmas, tendo havido no 4º ano uma subida acentuada da palavra-chave “Centro de Saúde”, que se enquadra na mesma visão reducionista de saúde e uma pequena subida da palavra-chave “Prevenção”, também associada à doença e ao mesmo paradigma. A subida da palavra-chave “Centro de Saúde” no 4º ano, poderá ficar a dever-se à realização de um estágio durante esse ano, nessas unidades de saúde. A sua representação de saúde, com o decorrer da formação, deveria ter evoluído para uma perspectiva mais abrangente, o que não aconteceu.

No dizer de Astolfi et al. (1998), as representações, ou seja, as concepções que um sujeito já tem incorporado, no momento de ensinamento de uma noção, resistem a esses esforços e perduram muitas vezes através de toda a escolaridade. São também susceptíveis de influenciarem e dificultarem as aprendizagens. Nestas afirmações, poderá residir uma explicação para o facto de nos alunos do 4º ano, dos cursos de E-VR, E-PO, EI e SSO não se terem identificado alterações mais extensas na representação do conceito de Saúde, provocadas pela formação que vivenciaram.

Para que essas alterações possam ocorrer, deverão pois, nos cursos onde se registaram apenas pequenas alterações na representação do conceito de Saúde, serem introduzidos conteúdos acerca da evolução deste conceito e dos seus determinantes, caso não façam ainda parte dos curricula. A par disso, deverão ser utilizadas estratégias adequadas para provocar a mudança conceptual no aluno, para que este apreenda e transforme os referidos conteúdos, devendo toda a comunidade docente, adoptar o paradigma da saúde, quer no discurso, quer nas práticas.

No que concerne à representação da noção de saúde por imagens, a constatação de que a maioria dos alunos da amostra e de todos os cursos, indicou que a imagem que melhor representava, para si, a noção de saúde, era a imagem da fig. 4.16 D, relativa à dimensão familiar e emocional, poderá estar relacionada com as emoções positivas que esta figura desperta, o que levou mais alunos a seleccioná-la.

O facto de existirem diferenças estatísticas muito significativas ( $\chi^2$ :  $p=0,005$ ), entre o 1º e o 4º ano, a nível da amostra, no que se refere à escolha da imagem que melhor representava a noção de saúde, para cada respondente, sendo que os alunos do 1º ano seleccionaram mais as figuras relativas à dimensão física e dimensão familiar/emocional, enquanto que os alunos do 4º ano seleccionaram preferencialmente

as figuras relativas à dimensão mental e dimensão social, mas não se terem constatado diferenças estatísticas significativas, entre o 1º e o 4º ano de cada um dos cursos, sugere que o efeito da formação, não se terá reflectido na selecção das imagens e no conceito de saúde que elas representavam. É, pois, mais um resultado que aponta para a necessidade de se trabalhar mais e melhor os conteúdos relacionados com as concepções de saúde.

### 5.3.2.3. Importância atribuída aos conceitos

A avaliação da importância atribuída aos diversos conceitos foi concretizada através da ordenação de frases efectuada pelos respondentes, que as colocaram por ordem de importância, as quais tinham implícito determinado conceito e, por sua vez, a valorização foi obtida por intermédio da fórmula de Vallejo (2002), que se baseia nas frequências das pontuações atribuídas a cada uma das quatro frases.

**i) Conceito de saúde Positivo/Negativo** – Mais de três quartos da amostra (77,2%) consideraram a F.Pos.1 “Desfrutar bem-estar físico, mental e social” como a mais importante. A maior proporção de alunos de todos os cursos considerou também esta frase como a mais importante. Se agruparmos as frases com o mesmo cariz, constatamos que 85,8% dos alunos atribuem mais importância às frases de cariz “**positivo**” e 14,2% às frases de cariz “**negativo**”. A amostra enquadra-se maioritariamente no conceito positivo de Saúde.

A frase que obteve maior valorização em todos os cursos foi a F.Pos.1. O curso que atingiu o maior *score* foi o de MED e o menor pertence ao curso de EI. O curso de E-VR encontra-se numa posição intermédia, separando os cursos do sector da saúde dos outros cursos.

Contudo, no caso do curso de MED, apesar dos seus alunos serem aqueles que mais contribuíram para que a F.Pos.1 fosse considerada a mais importante e valorizada, através do *ranking* do teste de Friedman, verifica-se que os alunos do 1º ano atribuem mais importância à referida frase, do que os alunos do 4º ano. O mesmo também se verifica nos cursos de E-VR e E-PO, embora nestes casos a diferença entre os *rankings* dos dois anos seja mais diminuta. O curso de MED é também o único em que a proporção de alunos do 4º ano, que seleccionou a F.Pos.1 é inferior à dos alunos do 1º ano. Deste modo, pode concluir-se que, principalmente no curso de MED, a formação

parece não desenvolver a concepção positiva de Saúde ou não ser relevante para o desenvolvimento desta perspectiva nos alunos.

No caso específico do curso de E-VR, os seus alunos são os que mais valorizam a F.Neg.1 “Não ter nenhuma doença”, de entre os cursos de saúde, talvez reflexo da perspectiva veiculada pelo conceito antigo da OMS (1946), também presente ainda numa das docentes entrevistadas (Ver secção 4.2.3).

**ii) Conceito de Saúde Dinâmico/Estático** – A maioria dos alunos da amostra (62,0%) consideram a F.Din.1 “Existem diferentes graus de saúde e de doença” a mais importante, embora neste caso, a proporção seja menos expressiva. O mesmo se passa em cada um dos cursos. Agrupando as frases da mesma tendência, verificamos que 88,4% dos alunos da amostra consideram mais importantes as frases de cariz “dinâmico” e apenas 11,5% as frases de cariz “estático”, o que demonstra que a grande maioria dos alunos tem uma perspectiva dinâmica do conceito de Saúde.

A frase que obteve a maior valorização foi a F.Din.1, tendo sido de novo o curso de MED a obter o maior *score* e o de EI o menor. O curso de E-VR faz parte do grupo de cursos cuja valorização daquela frase não é tão elevada. Por outro lado, é dos cursos que mais valoriza a F.Est.1 e F.Est.2, tendo mais alunos que se revêem na tendência estática (16,3%), relativamente ao total da amostra.

Tanto os alunos do 1º como do 4º ano do total da amostra consideram a F.Din.1 como a frase mais importante. Contudo, o *ranking* obtido pelos alunos do 1º e do 4º ano dos cursos de E-PO e SSO, no teste de Friedman e o facto da proporção de alunos do 1º ano, que seleccionou a F.Din.1 ser superior à dos alunos do 4º ano, permitem-nos afirmar que estes cursos são aqueles onde parece notar-se menos o efeito da formação.

Por sua vez, no curso de E-VR, o facto de 12% dos alunos considerarem a F.Est.1 “A separação entre saúde e doença é absoluta” como mais importante, poderá também significar que a influência do modelo social, que faz passar a mensagem de que é necessário a ausência total de doença para se estar com saúde (Fernandes & Lopes, 2002), é bastante grande. Recorde-se que são os alunos deste curso que mais representam a Saúde como “Ausência de doença”. Por outro lado, esta perspectiva dos alunos também está presente em duas docentes entrevistadas (ver secção 4.2.3). Este modelo de ausência total de doença, para se ser saudável, poderá originar que na prática de cuidados as prioridades sejam atribuídas ao tratamento e não à Promoção da Saúde.

Pensamos portanto que deverão ser desenvolvidas estratégias no sentido de provocar a mudança conceptual nos alunos por forma a que os conduza à reconstrução do conceito, transformando-o num conceito mais moderno e adequado à realidade actual.

**iii) Conceito de Saúde Pública** – A frase considerada mais importante pelo maior grupo de alunos desta amostra (32,3%), relativa a este conceito, é a F.Abr.1 “Protege as populações”. Contudo, a segunda frase à qual foi atribuída mais importância é a F.Red.1 (27,1%). Nem em todos os cursos, a maior proporção de alunos, considerou a F.Abr.1 a mais importante. Se agruparmos as frases da mesma tendência, constatamos que apenas 54,2% dos alunos atribuem mais importância às frases de cariz “**abrangente**” e 45,4% às frases de cariz “**reducionista**”. Existe, pois, um grande grupo de alunos com uma perspectiva reducionista da Saúde Pública.

As proporções atribuídas às frases “**abrangentes**” e “**reducionistas**” são semelhantes, existindo grande dispersão das respostas. Isto pode constituir um sinal de desconhecimento do principal foco de atenção da Saúde Pública: a saúde das populações e a ligação ao ambiente envolvente.

As valorizações obtidas pela fórmula de Vallejo (2002) são muito semelhantes nas quatro frases, quase em todos os cursos, excepto no curso de EI e SSO. Nem todos os cursos obtiveram maior valorização na mesma frase. Assim, o curso de E-VR valoriza mais a F.Abr.2, os cursos de E-BR, E-PO e EI a F.Red.1 e os cursos de MED, PEB e SSO a F.Abr.1. No curso de E-BR houve uma alteração relativamente, à importância atribuída às frases (quadro 4.8), tendo a F.Red.1 obtido maior valorização do que a F.Abr.1, porque esta frase foi colocada muitas vezes em quarto lugar pelos alunos daquele curso, no conjunto das quatro frases, aspecto que é tido em conta na fórmula de Vallejo (2002).

No curso de E-VR o *ranking* obtido no teste de Friedman, permite afirmar, que o total de alunos atribui mais importância à F.Abr.2 “Faz ligação entre a estado de saúde e o ambiente”, o mesmo acontecendo com os alunos do 4º ano. Já os alunos do 1º ano atribuem mais importância à F.Red.1, embora no caso dos anos não se verifiquem diferenças significativas. A proporção de alunos que seleccionou a F.Abr.2 também aumentou do 1º para o 4º ano, existindo mais alunos que se revêem na tendência abrangente do que no total da amostra. Por essas razões, é o curso onde o efeito da formação, parece favorecer a construção de um conceito “**abrangente**” de Saúde



Pública, apesar de existirem duas docentes, que não fizeram a interligação entre saúde e o meio ambiente, nos seus discursos.

Por sua vez, nos cursos de E-PO e SSO, o resultado do teste de Friedman, assim como as proporções de alunos do 4º ano, que seleccionaram a F.Abr.1, permitem concluir que a formação que desenvolvem, não contribui para a construção de um conceito abrangente de Saúde Pública, nos seus alunos. Nos outros cursos a influência social parece suplantar o efeito da formação, devendo ter-se em consideração, que os cursos que não pertencem ao sector da saúde, não desenvolvem uma formação tão dirigida para a área da Saúde Pública.

**iv) Conceito de Saúde Escolar** – A frase considerada mais importante pela maioria dos alunos da amostra (53,5%) é a F.Abr.1 “Conjunto de actividades sistemáticas para melhorar o nível de saúde das crianças em idade escolar”. A maior proporção de alunos de todos os cursos, também considerou esta frase como mais importante, excepto o curso de E-BR, que seleccionou a F.Abr.2. Agrupando as frases da mesma tendência, verificamos que 91,4% dos alunos da amostra consideram as frases de cariz “**abrangente**” mais importantes e, apenas, 8,6% as frases de cariz “**reducionista**”. A esmagadora maioria dos alunos têm uma perspectiva abrangente da Saúde Escolar.

No que concerne à valorização repete-se o quadro anterior. Todos os cursos obtiveram maior valorização na F.Abr.1, excepto, o curso de E-BR, que valorizou mais a F.Abr.2. O curso de E-VR é aquele cuja valorização da F.Abr.1 é mais baixa e valoriza mais as frases reducionistas.

A F.Abr.1 obteve a melhor classificação no ranking do teste de Friedman, quer a nível dos cursos, quer no 1º e no 4º ano de quase todos os cursos, sempre com diferenças significativas. As excepções são o curso de E-VR em que o total de alunos e a turma do 4º ano dão a sua preferência à F.Abr.1, mas o 1º ano atribui essa preferência à F.Abr.2 com uma diferença significativa e o curso de E-BR, no qual quer o total de alunos, quer o primeiro e o 4º ano, consideram mais importante a F.Abr.2, sempre com diferenças significativas. Assim, associando os resultados dos testes às proporções de alunos do 1º e do 4º ano, que seleccionaram essas frases, concluiu-se que a formação parece desenvolver um conceito abrangente de Saúde Escolar nos cursos de E-VR, E-PO, MED, PEB e SSO.

v) **Conceito de Promoção da Saúde** – O maior grupo da amostra (35,4%) considerou a F.Abr.1 “Processo que visa criar condições para que as pessoas controlem a sua saúde” como a mais importante. Nem em todos os cursos, o maior grupo de alunos, atribuiu mais importância àquela frase. No curso de E-BR a maior parte dos alunos considerou mais importante a F.Abr.2 e no curso de EI foi a F.Red.2. Se agruparmos as frases do mesmo cariz, constatamos que 64,5% dos alunos da amostra atribuem mais importância às frases de cariz “**abrangente**” e 35,1% às frases de cariz “**reducionista**”. É, pois, um conceito onde a perspectiva reducionista mais se faz sentir.

Com excepção do curso de E-BR, todos os cursos obtiveram maior valorização na F.Abr.1. O curso de E-BR atribuiu a maior valorização à F.Abr.2. As frases reducionistas obtiveram maior valorização nos cursos de EI e SSO.

No curso de E-VR, verifica-se através do *ranking* do teste de Friedman e da proporção de alunos do 1º e do 4º ano que seleccionaram as frases abrangentes, que os alunos do 4º ano atribuem mais importância à F.Abr.1 do que os alunos do 1º ano, o que poderá significar que a formação conseguiu que os alunos adoptassem uma perspectiva mais abrangente deste conceito. O mesmo aconteceu nos cursos de E-BR, E-PO e MED. Já nos cursos de PEB, EI e SSO a formação parece favorecer a perspectiva reducionista do conceito.

Estes dados não vão de encontro aos obtidos por Clark e Maben (1998), que afirmam que a maioria dos estudantes de Enfermagem ingleses da sua amostra, possui modelos médicos de PrS confinados à saúde física, com pouca evidência dos novos paradigmas. A nível da nossa amostra (e passados oito anos) tal parece não acontecer.

vi) **Conceito de Educação para a Saúde** – A maioria da amostra (55,7%), considera a F.Act.1 “Processo interactivo feito com as pessoas para lhes facilitar a adopção de comportamentos saudáveis” como mais importante. O maior grupo de alunos de todos os cursos tem a mesma opinião. Se agruparmos as frases da mesma tendência, verificamos que 81,5% dos alunos atribui mais importância às frases de cariz “**activo**”, enquanto 17,9% dos alunos considera mais importantes as frases de cariz “**passivo**”. A perspectiva activa do conceito é largamente maioritária.

A frase que obteve maior valorização em todos os cursos foi também a F.Act.1, tendo o curso de E-BR obtido o maior *score* e o de PEB o menor. O curso de E-VR, mais uma vez, posiciona-se entre os cursos do sector de saúde e os que não pertencem ao referido sector. Os alunos deste curso são os que mais valorizam as frases passivas.

A classificação gerada pelo teste de Friedman é sempre inferior (maior importância) no caso dos alunos do 4º ano, com excepção do curso de E-VR, assim como a proporção de alunos do 4º ano, que considera as frases de cariz “**activo**” mais importantes é sempre superior à dos alunos do 1º ano. Daí que a formação desenvolvida nesses cursos, excepto, no de E-VR, parece potenciar a perspectiva activa deste conceito. No curso de E-VR, não se nota o efeito da formação, pelo que se deverá trabalhar melhor a questão dos tipos de conceito de EpS, até pelas implicações que cada uma das perspectivas terá nas intervenções. Os alunos do 4º ano, enquanto já na fase final da sua formação deveriam ter uma perspectiva mais activa da EpS.

No estudo de Araújo (2006), com uma amostra de 61 estudantes do 2º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, os respondentes associaram o conceito de EpS com a promoção de bem-estar, prevenção de doenças e com o fornecer informação, que promova a mudança de comportamentos, aspectos que na nossa opinião se enquadram todos, excepto, o primeiro, na perspectiva biomédica e passiva da EpS. Fazendo um paralelismo com o presente estudo, achamos que os estudantes da nossa amostra já incorporaram uma perspectiva mais actualizada da EpS, de cariz muito mais activo.

#### 5.3.2.4. Tipos de conceito de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde

**Tipos de conceito de Promoção da Saúde** – Relacionando os resultados relativos ao total da amostra com os respeitantes ao curso de E-VR (Ver secção 4.3.2.4 dos Resultados), verifica-se que a proporção de alunos deste curso enquadrados no tipo de conceito “**abrangente**” e “**reducionista**” baixaram ligeiramente e a proporção do tipo “**misto**” aumentou um pouco. Pode assim concluir-se, que existe alguma mistura das características dos tipos de conceito “**abrangente**” e “**reducionista**”, o que conduziu ao aumento da proporção de alunos deste curso tipificados no tipo “**misto**”. Isto constitui um sinal revelador de alguma confusão na conceptualização da PrS destes alunos.

Por outro lado, a formação nos cursos de E-VR e E-PO, parece desenvolver a construção de um tipo de conceito “**abrangente**” de PrS, uma vez que a proporção de alunos enquadrados neste tipo de conceito aumentou do 1º para o 4º ano do curso. O mesmo não se verificou nos cursos de E-BR, MED, PEB, EI e SSO. Salienta-se, ainda, que os alunos que responderam afirmativamente à questão 9 “Os termos PrS e EpS são diferentes?” também se enquadram mais no tipo de conceito “**abrangente**”, talvez porque tenham uma ideia mais clara da conceptualização da PrS e das suas dinâmicas.

Num estudo realizado por Silva (1998), com uma amostra de 125 enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários do distrito de Vila Real, a autora verificou que 0,9% da amostra se enquadrava no tipo de conceito “**moderno**”, 7,8% no conceito “**intermédio**” e 91,3% no conceito “**antigo**”, que correspondem, respectivamente, aos tipos de conceito “**abrangente**”, “**misto**” e “**reducionista**” do presente estudo. Fazendo uma comparação entre estes dois resultados conclui-se que todos os alunos participantes no nosso estudo e, especificamente, os alunos do curso de E-VR, têm uma concepção de PrS muito mais evoluída do que os enfermeiros do estudo acima citado. Esta grande diferença de proporções também poderá explicar-se quer pelo intervalo de tempo entre a realização dos dois estudos (8 anos), quer pelo tipo de questões colocadas e diferente categorização das variáveis. No estudo de Silva (1998), a autora colocou uma pergunta aberta “O que é para si a PrS?” e a partir desses dados construiu as três categorias acima descritas, enquanto no presente estudo a categorização se baseou nos *scores* atribuídos a frases abrangentes e reducionistas de uma questão fechada e mais fácil de responder.

**Tipos de conceito de Educação para a Saúde** – No caso destes tipos de conceito repete-se o quadro relativo ao conceito de PrS. Assim, em relação ao total da amostra, no curso de E-VR, as proporções de alunos tipificados no tipo de conceito “**activo**” e “**passivo**” diminuíram, tendo aumentado a proporção de alunos no tipo de conceito “**misto**” (Ver secção 4.3.2.4 dos Resultados). De novo se revela a mistura de características que permitiram a classificação de um conceito de EpS “**activo**” e “**passivo**”, o que terá conduzido à subida do tipo de conceito “**misto**”, sinal de falta de clareza e domínio deficiente também desta conceptualização por partes destes alunos. Não conseguem agrupar adequadamente frases com características idênticas que deram origem aos diferentes tipos de conceito de EpS e parece não terem uma clara percepção do seu significado, o que poderá ter implicações nas suas práticas de EpS.

Num estudo realizado por Carvalho e Carvalho (2006), com uma amostra de 152 enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, do distrito de Vila Real, os autores concluíram que 69,1% dos respondentes se enquadravam no tipo de conceito “**participativo**” (correspondente a activo), 19,7% no conceito “**misto**” e 11,2% no tipo “**tradicional**” (correspondente a passivo). Embora não estejamos perante uma amostra de estudantes de enfermagem, as proporções dos três tipos de conceito de EpS são muito semelhantes às dos alunos do curso de E-VR no presente estudo, podendo

afirmar-se que estes alunos estão um pouco mais à frente na adoção de um tipo de conceito “**activo**” de EpS do que a população acima citada.

Analisando a proporção de alunos do 1º e do 4º ano de cada um dos cursos, enquadrada nos tipos de conceito “**activo**” e “**passivo**”, bem como os resultados dos testes estatísticos, constata-se que a formação nos cursos de E-PO e SSO parece favorecer a construção de um tipo de conceito “**activo**” de EpS, o que não se verifica nos cursos de E-VR, E-BR, MED, PEB e EI. O curso de E-PO parece trabalhar bem estas conceptualizações, uma vez que, aparece nos dois grupos, onde se registaram alterações favoráveis do 1º para o 4º ano. Também no caso deste conceito, os alunos que responderam que Sim à questão 9 “Os termos PrS e EpS são diferentes?” se enquadram mais no tipo de conceito “**activo**”, demonstrando ter uma concepção de EpS mais aberta à participação.

#### **Diferenciação entre os termos Promoção da Saúde e Educação para a Saúde –**

A maioria dos alunos desta amostra é da opinião que os termos PrS e EpS são diferentes, sendo consequência da mesma tendência manifestada pela maioria dos alunos de quase todos os cursos, com excepção do curso de EI e SSO. Os alunos dos cursos de E-BR e E-PO são os que mais assinalam que os termos PrS e EpS são diferentes e o curso de E-VR é o único no qual o efeito da formação é mais visível, uma vez que, os alunos do 4º ano assinalam mais vezes que Sim à questão 9 “Os termos PrS e EpS são diferentes?” do que os alunos do 1º ano, existindo diferenças significativas.

No entanto, quando se solicitou aos alunos para referirem sucintamente em que consistia a diferença entre os dois termos, apenas, uma minoria, em todos os cursos indicou diferenças consistentes. Esta dificuldade continua a notar-se na solicitação feita aos alunos para enquadrarem as frases de um quadro relativas à PrS e EpS, não tendo existido um consenso quanto ao enquadramento de algumas dessas frases. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Clark e Maben (1998), no estudo realizado no Reino Unido com uma amostra de estudantes de Enfermagem, enfermeiros e docentes de Enfermagem, no qual as autoras referem que mais de 80% dos estudantes inquiridos concordavam que os termos PrS e EpS eram diferentes, mas quando passavam para a articulação das diferenças entre os conceitos, as respostas eram caracterizadas pela confusão. Assim, a proporção de alunos do presente estudo que concorda que existe diferença entre os dois termos é bastante inferior à do trabalho dos

autores acima referidos, mas a nível da articulação das diferenças entre os termos, os resultados são os mesmos: confusão.

As respostas dos alunos do curso de E-VR, relativas àquela solicitação, são muito semelhantes às das docentes entrevistadas, as quais se limitaram a afirmar que a EpS era uma estratégia da PrS, tendo uma das entrevistadas manifestado que não conseguia delimitar bem as diferenças entre os dois termos e outra, não conseguiu mesmo articular qualquer diferenciação. Estes dados coincidem com os que foram obtidos por Clark e Maben (1998). As autoras depois de relacionarem os dados provenientes das entrevistas aos docentes de Enfermagem com os dados resultantes da aplicação dos questionários aos alunos, sugerem que as compreensões dos estudantes acerca da PrS e da EpS, reflectem as visões e o conhecimento dos seus professores. Talvez esta seja uma possível explicação para o facto da maioria dos alunos do curso de E-VR, não ter conseguido efectuar a diferenciação entre os dois termos adequadamente.

No que se refere à TDI, no caso específico das concepções iniciando pelo conceito de Saúde, verificamos que a representação de Saúde dos alunos do curso de E-VR é bastante reducionista e pouco ou nada evolui do 1º para o 4º ano, denotando resistência ao processo de ensino/aprendizagem, desenvolvido durante o curso. O conceito de saúde, apesar de muito marcado pela positividade da palavra “bem-estar”, ainda apresenta marcas de negatividade. Deste modo a TDI ocorreu com bastante fidelidade, uma vez que existe, ainda, uma docente que apresentou um conceito negativo de saúde e duas docentes, uma perspectiva estática.

No conceito de Saúde Pública, a TDI não se processou tão linearmente, uma vez que a formação desenvolvida no curso de E-VR parece favorecer a tendência “**abrangente**” deste conceito, apesar de duas das docentes entrevistadas terem sido enquadradas no tipo de conceito “**reducionista**”. No entanto, essas docentes não têm desenvolvido directamente os conteúdos relativos à Saúde Pública nos últimos três anos. A sua participação tem-se restringido à experiência prática, que na nossa opinião, tem uma enorme influência, uma vez que as acções valem mais que mil palavras.

Em relação ao conceito de Saúde Escolar, a formação desenvolvida no curso de E-VR parece potenciar a construção de um conceito “**abrangente**”, perspectiva oposta à das docentes entrevistadas, embora os alunos deste curso sejam dos que mais valorizam as frases reducionistas. A TDI destas docentes para os alunos não se terá processado. Todavia, também no caso deste conceito, é necessário ter em conta que as entrevistadas não leccionam os conteúdos nesta área há cerca de três anos.

No que diz respeito ao conceito de PrS, a formação parece conseguir que os alunos do curso de E-VR adquiram uma perspectiva “**abrangente**”, enquanto que três das entrevistadas não conseguiram estruturar um conceito de PrS e o conceito indicado por uma das docentes é “**misto**”. Também aqui as concepções destas docentes, transmitidas através do processo de TDI, não coincidem com as concepções dos alunos, o que poderá ser explicado pelo facto das docentes em causa, não leccionarem os conteúdos específicos deste módulo.

Por último, no conceito de EpS, o efeito da formação no curso de E-VR parece ser inexistente. No caso deste conceito, existem duas entrevistadas com uma perspectiva “**activa**” e duas com uma perspectiva “**passiva**”. No entanto, também, neste caso a sua participação está restrita à experiência prática. Contudo, as concepções das docentes entrevistadas, veiculadas através do processo de TDI, não se manifestam muito nos alunos.

Em relação aos tipos de conceito de PrS e EpS, constatamos que os alunos do curso de E-VR, se enquadram mais do que o esperado no tipo “**misto**”. Embora, salvaguardando a questão da leccionação dos conteúdos acima referida, somos da opinião que a TDI ter-se-á processado sem grandes perturbações, uma vez que o único conceito de PrS expresso pelas entrevistadas é “**misto**” e existe uma igualdade entre as entrevistadas (2/2) que expressaram um tipo de conceito “**activo**” e um tipo “**passivo**” de EpS, o que poderá ter originado a mistura de características destes dois tipos de conceitos na concepção dos alunos de EpS, tendo resultado na construção de um tipo de conceito “**misto**”.

Na diferenciação entre os termos PrS e EpS, a TDI é quase perfeita, já que a maioria dos alunos do curso de E-VR assinalou que os dois termos são diferentes e as dificuldades das docentes em articular as diferenças, mantêm-se nos alunos.

### 5.3.3. Eixos de valores em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde: tendências dos alunos

Na grande maioria dos alunos da amostra em estudo (86,5%), consideram que a EpS tem valores a promover. Os cursos com maiores proporções de alunos com essa opinião são o curso de PEB e E-BR (Ver secção 4.3.3 dos Resultados). A proporção de alunos do 4º ano, que concorda com a mesma, é sempre superior à dos alunos do 1º ano, em todos os cursos, o que poderá indicar que a formação neles desenvolvida, sensibiliza os alunos para a questão dos valores.

O curso de SSO possui uma menor proporção de alunos, que concorda que a EpS tem valores a promover, do que o esperado pelo teste, assim como o curso de E-VR, embora no caso deste curso, não seja um valor que contribua substancialmente para explicar a diferença entre as proporções dos diversos cursos. São por isso os cursos, cujos alunos estão menos conscientes da importância dos valores no âmbito da PrS/EpS.

O total de alunos indicou cerca de 20 valores diferentes, tendo a “Responsabilidade” sido o valor mais indicado de forma isolada, seguido pelos valores “Respeito” e “Solidariedade”. No caso específico do curso de E-VR, a “Responsabilidade” também é o valor mais indicado isoladamente, embora seja o curso no qual esta proporção é menos expressiva, seguida pela “Autonomia” e “Solidariedade”. Todos estes valores são referidos pelas docentes entrevistadas, que mencionaram muitos outros. Ou seja, os valores indicados pelos alunos são menos diversificados do que os expressos pelas docentes. A TDI terá sofrido algumas perturbações, que tornou menos rico o domínio dos alunos nesta questão dos valores. Isto acontecerá talvez porque esta temática não é abordada de forma explícita e planeada. Por outro lado, na nossa opinião é necessário que estes alunos participem num processo de clarificação de valores em PrS/EpS, afim de reflectirem na sua importância.

Num estudo realizado por Oliveira (1998), com uma amostra de 60 alunos do Curso Superior de Enfermagem (Bacharelato) do 1º (35 alunos) e do 3º ano (25 alunos finalistas), na Região Autónoma da Madeira, que procurava avaliar a opinião dos alunos sobre a importância atribuída aos valores, através da Escala de Rokeach, a autora hierarquizou os valores por ordem de importância. Nos resultados figuram valores como a Responsabilidade e a Tolerância (Modos de conduta), a Liberdade e a Igualdade (Objectivos últimos de vida), valores que são comuns aos do presente estudo. Os outros valores não são coincidentes.

Em relação aos eixos de valores, a esmagadora maioria dos alunos da amostra, posiciona-se no pólo Social, no pólo Salutogénico, no pólo Holístico, no pólo Equidade, no pólo Autonomia e no pólo Democrático, designados pólos positivos. Em termos de proporções de alunos não existem diferenças dignas de relevo, entre os diversos cursos nos eixos Social/Individual, Equidade/Desigualdade e Autonomia/Dependência. Mas nos eixos Salutogénico/Patogénico, Holístico/Reduccionístico e Democrático/Autocrático, a proporção dos alunos do sector da saúde é maior nos pólos positivos. Ou seja existem mais alunos dos cursos de saúde nos pólos Salutogénico, Holístico e Democrático, do que alunos dos cursos, que não pertencem àquele sector, tendo aqueles



por isso, uma tendência para os referidos pólos mais vincada. Os alunos do curso de E-VR, no que se refere ao eixo Autonomia/Dependência, enquadram-se todos no pólo da Autonomia.

Iremos de seguida, passar à discussão dos resultados relativos às médias dos scores de cada um dos eixos de valores.

Em todos os eixos de valores existem diferenças altamente significativas (ANOVA:  $p=0,000$ ), entre a média dos *scores* dos sete cursos em estudo. As médias mais elevadas são repartidas pelo curso de E-BR e MED, ambos do sector da saúde e as menos elevadas pertencem, todas ao curso de SSO. A nível dos eixos Salutogénico/Patogénico, Holístico/Reduccionístico, Autonomia/Dependência e Democrático/Autocrático, observa-se uma clara separação entre os cursos da saúde e os que não fazem parte deste sector, possuindo o primeiro grupo de cursos, médias dos *scores* mais elevadas. Nos eixos Social/Individual e Equidade/Desigualdade não se verifica essa separação. Embora as maiores médias pertençam aos cursos do sector da saúde, o curso de E-VR e o de E-PO intrometem-se entre o curso de PEB e o de EI e o curso de EI e SSO, respectivamente. Assim os alunos dos cursos de saúde parecem ter uma maior tendência para os pólos Salutogénico, Holístico, Autonomia e Democrático, do que os alunos dos cursos que não pertencem a esse sector.

Procuramos analisar quais os efeitos da formação desenvolvida nos diversos cursos, verificando se existiam diferenças significativas entre as médias dos *scores* dos alunos do 1º e do 4º ano, dos seis eixos de valores.

No eixo Social/Individual, apenas, no caso do curso de E-BR, a formação parece potenciar a tendência social. Nos outros cursos, incluindo o curso de E-VR, não é perceptível qualquer efeito da formação. Este eixo parece assim ser pouco trabalhado por estes cursos. No caso específico do curso de E-VR, a tendência das docentes entrevistadas é na sua maioria neutra ou indefinida neste eixo. Comparando a posição dos alunos com a das docentes, conclui-se que a TDI, ter-se-á processado bastante fielmente.

No que se refere ao eixo Salutogénico/Patogénico o processo formativo levado a cabo no curso de E-VR, parece favorecer a tendência salutogénica. Esta tendência vai de encontro à das docentes entrevistadas, já que três delas expressaram afinidade para o pólo salutogénico. A TDI terá, portanto, decorrido sem perturbações. Nos outros cursos não se nota o efeito da formação, tendo os seus alunos à partida uma perspectiva salutogénica bastante acentuada, que se mantém à saída dos mesmos.

Relativamente ao eixo Holístico/Reduccionístico, a formação nos cursos de E-VR, E-BR, PEB e SSO parece promover a tendência holística, enquanto nos cursos de MED e de EI não é perceptível esse efeito da formação. Por sua vez, no curso de E-VR, o facto do processo de ensino-aprendizagem desenvolver a tendência holística, não constitui uma surpresa, uma vez que uma das docentes entrevistadas, menciona que os alunos são “massacrados” para intervir em termos holísticos. Além disso, todas as docentes explícita ou implicitamente, apresentam uma tendência para o pólo holístico. Daí que também no caso deste eixo a TDI ter-se-á processado sem grandes perturbações.

Já no eixo Equidade/Desigualdade, o curso de SSO, embora tenha a média dos *scores* mais baixa, é o único no qual a formação parece potenciar a tendência para a equidade. Nos restantes cursos, incluindo o curso de E-VR, não se nota o efeito da formação. No caso específico do curso de E-VR, apesar das docentes entrevistadas mencionarem o valor da equidade e todas terem apresentado uma tendência para esse pólo, esta sua inclinação não se manifesta nos alunos, sinal de que a TDI não se terá processado adequadamente. Será necessário na nossa opinião trabalhar mais este valor.

No que diz respeito, ao eixo Autonomia/Dependência, a formação parece favorecer a tendência para o pólo da autonomia, nos cursos de PEB e SSO. Nos outros cursos, entre os quais E-VR, não é perceptível o efeito da formação. No entanto no curso de E-VR, não existem alunos enquadrados no pólo da dependência, tanto do 1º como do 4º ano. Daí que não se tenham verificado diferenças significativas entre os dois anos. A tendência explícita e implícita das entrevistadas, para o pólo da autonomia, reflecte-se nos alunos à saída do curso, o que querará dizer, que a TDI se terá processado sem perturbações ou a formação não teve qualquer influência nos alunos.

Por último, no eixo Democrático/Autocrático, parece que a formação proporcionada pelos cursos de E-VR, E-BR, E-PO, PEB e SSO, potencia a tendência para o pólo democrático. Nos cursos de MED e EI, não é perceptível qualquer efeito da formação nos seus alunos. No curso de E-VR, a tendência da maioria das entrevistadas para o pólo democrático foi muito bem reproduzida na tendência dos alunos, tendo a TDI se processado bastante fielmente.

Os alunos dos cursos de EI e SSO são aqueles que obtiveram as médias dos *scores* dos eixos de valores mais baixas, mas são os únicos cursos, nos quais a média dos alunos do 4º ano é sempre superior à dos alunos do 1º ano, em todos os eixos de valores. Ou seja, partem de um nível inferior no 1º ano, mas dá-se sempre um crescimento efectivo ao longo da formação.

A primeira dimensão da Análise de Multi-correspondência (MCA), confirma o *ranking* das médias em todos os eixos de valores, agrupando os cursos com médias mais elevadas em grupos com tendência para os pólos positivos e os cursos com médias mais baixas em grupos com tendência para os pólos negativos de cada um dos eixos, ou seja os cursos com valores extremos. Nesta análise, o Ano de escolaridade e a Prática religiosa, não se assumiram como variáveis importantes na compreensão dos dados e na construção das tipologias de tendência dos alunos.

Depois de efectuada toda a análise aos dados referentes aos eixos de valores, concluiu-se que o sistema de valores dos alunos do curso de E-VR, envolve uma representação de Saúde reducionista, maior valorização do conceito positivo e dinâmico de Saúde, embora com marcas de negatividade e estaticidade, ligeira vantagem do conceito abrangente de Saúde Pública sobre o reducionista, supremacia do conceito abrangente de Saúde Escolar, ligeira vantagem do conceito abrangente de PrS e supremacia do conceito activo de EpS, embora com influência acentuada do tipo de conceito misto, tanto na PrS como na EpS; integra valores como a “Responsabilidade”, “Autonomia”, “Equidade”, “Justiça”, “Liberdade”, “Participação”, “Respeito” e “Solidariedade”, sendo a responsabilidade e a autonomia os mais indicados. Em relação aos eixos de valores criados, verifica-se que os alunos do curso de E-VR, tendo como termo de comparação os alunos dos outros cursos de Enfermagem, têm uma tendência para os pólos Social, Salutogénico e Holístico, menos acentuada, que os cursos de E-BR e E-PO, mas um tendência intermédia nos pólos da Equidade, Autonomia e Democrático. Os primeiros três valores deverão por isso ter uma atenção especial da formação desenvolvida neste curso, uma vez que na opinião de Clément (2004), se a formação não tiver em conta explicitamente os valores, torna os formandos mais permeáveis aos valores do contexto sócio-cultural.

#### **5.3.4. Dimensões do conceito Educação para a Saúde**

Procedemos à avaliação das dimensões do conceito de Educação para a Saúde Valoração, Força e Actividade, relativas ao conceito de EpS, através de uma escala diferencial semântica (EDS) construída para o efeito. Os cursos de saúde atribuem maior valoração, força e actividade a este conceito do que os outros cursos, uma vez que, obtiveram as médias mais elevadas em todas as dimensões e o curso de PEB, as médias menos elevadas. No entanto, todos os cursos possuem médias muito elevadas nas três dimensões, o que significa que atribuem uma valoração, força e actividade

elevadas ao significado deste conceito. Assim, o posicionamento da grande maioria dos alunos de todos os cursos, está mais deslocado para o pólo positivo dos pares de adjetivos.

A nível do total da amostra, só foi possível confirmar existirem diferenças significativas entre a média dos alunos do 1º e do 4º ano na dimensão valoração e dimensão actividade, com vantagem para o 4º ano. Na dimensão força não se verificam diferenças significativas. Assim, na EDS a diferença estatística existente, é só parcial, uma vez que só envolve duas, das três dimensões do conceito.

Por outro lado, o grupo de alunos que considera que a EpS tem valores a promover tem a média da dimensão actividade mais elevada do que o grupo de alunos que tem opinião contrária.

Nos cursos de E-BR, E-PO, MED e PEB, a formação parece potenciar, respectivamente, a dimensão valoração, valoração e actividade, valoração, e força e actividade, dado que se constataram diferenças significativas entre as médias destas dimensões do 1º e do 4º ano, que são sempre superiores no 4º ano.

No curso de E-VR e EI não é perceptível o efeito da formação, já que não se verificam diferenças significativas entre a média das dimensões do 1º e do 4º ano. No caso específico, do curso de E-VR, os seus alunos entram com uma média das dimensões muito elevada, que não se altera significativamente ao longo do curso. Apesar deste plateau elevado, acreditamos que estes alunos ainda terão potencial de crescimento, que é necessário despertar, sobretudo na dimensão actividade, ligada à implementação prática da EpS.

No curso de SSO, constatamos a única excepção ao padrão inicial, uma vez que neste curso, a formação parece não contribuir para aumentar as dimensões força e actividade do conceito de EpS, pois a média destas duas dimensões, dos alunos que frequentaram apenas algumas UC ligadas à PrS/EpS ou que não frequentaram nenhuma delas é maior do que a média dos alunos que frequentaram todas aquelas UC.

### **5.3.5. Perspectiva das práticas de Educação para a Saúde dos alunos**

Apenas 40,9% dos alunos da amostra responderam que já tinham realizado algum tipo de experiência prática durante o curso, que se encontram a frequentar, os quais na sua grande maioria, pertencem ao 4º ano. De entre estes alunos, o maior grupo assinalou que realiza práticas de EpS “Muitas vezes” e o menor indicou que as realiza “Raramente”.

Os cursos do sector da saúde e, sobretudo, os cursos de Enfermagem são os que realizam práticas de EpS com maior frequência e os de PEB e EI com menor frequência. O tipo de actividades de EpS mais realizado, diz respeito às actividades pertencentes à Área de Saúde Infantil (23,1%) e as menos realizadas são as actividades de Planeamento Familiar (16,9%) (Ver secção 4.3.5 dos Resultados).

Os alunos dos cursos de Enfermagem têm uma actividade mais diversificada e os do curso de E-VR, especificamente, realizam mais práticas de EpS na área da Saúde do Idoso e a Área na qual realizam menos práticas é a da Saúde Infantil, contrariamente ao total da amostra e aos outros cursos de Enfermagem. Também no estudo de Carvalho e Carvalho (2006), embora ressaltando a diferença entre as amostras, as actividades de EpS mais realizadas foram as da Área de Saúde do Idoso, coincidindo com o presente estudo, enquanto as menos realizadas pertenciam à Área da Saúde Escolar.

No total da amostra, verificamos que os alunos que se enquadram no tipo de conceito de PrS “**abrangente**” desenvolvem práticas de EpS com maior frequência do que os alunos tipificados no conceito “**misto**” e “**reducionista**”. Por sua vez, no curso de E-VR, os alunos que fazem diferenciação entre os termos PrS e EpS também realizam práticas de EpS com maior frequência do que os alunos que consideram os dois termos sinónimos. Haverá pois a nível deste curso, que clarificar melhor as diferenças entre PrS e EpS e os tipos de conceito de PrS e EpS, uma vez que, os seus alunos se enquadram mais no tipo de conceito “**misto**”, para deste modo aumentar a frequência, mas sobretudo, a qualidade das suas práticas de EpS.

Em suma as práticas de EpS parecem ser um comportamento fortemente enraizado nos cursos de Enfermagem e nos alunos do 4º ano, o que se poderá explicar pelo facto de muitos cursos desenvolverem grande parte, senão a totalidade, das experiências práticas nesse ano.

### 5.3.6. Relação entre conceitos e conhecimentos, valores e práticas

A nível da amostra, foi possível confirmar a existência de relações entre conceitos e conhecimentos, conceitos e valores e conhecimentos e práticas de EpS, embora ténues, devido à sua intensidade ser muito baixa ou baixa.

A nível dos cursos, salientamos apenas a relação entre Valores e Frequência das práticas de EpS, no curso de SSO, em que se verifica uma relação inversa. À medida que aumenta a Valoração atribuída à EpS, diminui a Frequência das práticas de EpS, o que é curioso. Uma possível explicação para este facto, poderá estar no aumento da

responsabilidade e no grau de exigência do planeamento, nos alunos que valorizam mais a EpS. Um planeamento mais exigente é mais demorado, pelo que esses alunos realizam menos práticas de EpS. No caso específico do curso de E-VR, não se confirmou a existência de qualquer relação entre as variáveis em estudo.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPOSTA DE LINHAS ORIENTADORAS PARA A FORMAÇÃO INICIAL DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DE VILA REAL**

No dizer de Latter (1998), preparar os estudantes de Enfermagem, para os papéis exigidos pela Promoção da Saúde (PrS) tradicional, não será suficiente no futuro. Na nossa opinião, a formação deverá estar sempre um passo à frente da prática de cuidados e não andar a reboque da mesma. Por outro lado, para se poder responder aos desafios da Saúde do século XXI, os alunos de Enfermagem necessitam de saber desempenhar os novos papéis da PrS, abrangendo o aspecto social, político, económico e os media, ligados aos determinantes de saúde (Liimatainen et al., 2001).

No sentido de preparar mais e melhor, os alunos do curso de E-VR, no geral e, especificamente, no âmbito da Promoção/Educação para a Saúde, para os novos desafios no sector da saúde que se avizinham, formulamos uma proposta de linhas orientadoras para a formação inicial deste curso.

Os resultados obtidos tornam necessária e pertinente a construção desta proposta de linhas orientadoras, para a formação inicial do curso de E-VR, na área da Saúde Pública/Saúde Comunitária. De seguida passamos a elencar os principais dados que fundamentam esta proposta, relacionados com as entrevistas às docentes de Saúde Pública/Saúde Comunitária da ESEVR-UTAD e os questionários aplicados aos alunos do 1º e do 4º ano do referido curso, através dos quais constatamos que:

- A maioria dos alunos possui uma visão reducionista e técnico-centrica de Saúde;
- Não se verificou uma evolução significativa da sua representação de Saúde do 1º para o 4º ano;
- A visão negativa de Saúde como “Ausência de doença” ainda está presente em 12% dos alunos e numa docente e a visão estática de “Separação absoluta entre saúde e doença” permeia 16,3% dos alunos, sendo as proporções mais elevadas dos cursos do sector da saúde. Por outro lado, o conceito “Moderno” de Saúde, apenas, impregna o discurso de uma das docentes;
- 11% dos alunos revê-se na perspectiva reducionista de Saúde Escolar, restrita à Saúde Oral e a actividades dirigidas apenas às crianças, enquanto que os conceitos de Saúde Escolar expressos pelas docentes foram todos considerados reducionistas;
- Para 49% dos alunos não existem diferenças entre PrS e Educação para a Saúde (EpS);
- 39% dos alunos, enquadram-se na perspectiva reducionista de PrS e 19,6% na perspectiva passiva de EpS, sendo que a proporção de alunos enquadrados no conceito “Misto” de PrS e de EpS, é maior do que o esperado pelo teste, forte indicador da confusão dos alunos, relativa às características do tipo de conceito “Abrangente” e “Reducionista” de PrS e “Activo” e “Passivo” de EpS, enquanto que a maioria das entrevistadas não conseguiu expressar um conceito de PrS, nem se referiram às implicações políticas e económicas deste conceito;
- 18% dos alunos assinalaram que a EpS não veicula valores, proporção mais elevada dos cursos de Saúde;

- Os alunos do curso de E-VR, possuem as médias dos scores mais baixas dos cursos do sector da saúde, nos eixos de valores Social/Individual e Equidade/Desigualdade, logo com menor tendência social e para a equidade;
- São dos alunos dos cursos do sector da saúde, que mais actividades de EpS realizam e mais diversificadas.

As linhas orientadoras que aqui delineamos visam essencialmente, propor alterações ao Plano de Estudos do curso de E-VR e ao processo de ensino-aprendizagem. Assim, a nível do Plano de Estudos propomos que o futuro plano de estudos:

- Seja construído numa lógica de saúde e não com foco na doença, adoptando uma perspectiva positiva, abrangente e dinâmica de Saúde;
- Atribua maior relevo à PrS/EpS, Saúde Escolar e Vacinação.

Esta orientação justifica-se, uma vez que, o Programa das Unidades Curriculares em vigor, actualmente, atribui uma carga horária muito reduzida à EpS na Unidade Curricular Enfermagem I (1º ano) e à PrS/EpS nas Unidades Curriculares Psicologia da Saúde (1º ano) e Enfermagem III (2º ano). O mesmo sucede com a Saúde Escolar inserida na Unidade Curricular Enfermagem III (2º ano), bem como com a Vacinação abordada nas Unidades Curriculares Enfermagem III (2º ano) e Fisiologia II (2º ano). Baseados na opinião de Moreno, Hernández, Estévez, Garcia e Campos (2003), sugerimos que estes conteúdos tenham identidade própria, mas sejam integrados num curriculum em espiral, isto é, sejam tratados ao longo de toda a escolarização, aumentando o grau de complexidade na transição dos vários anos, devendo criar-se redes de colaboração entre escolas/universidades e serviços de saúde comunitários.

Tendo em conta a proporção de alunos do curso de E-VR, que assinalou realizar actividades de EpS e a sua frequência e baseados na opinião de Clark e Maben (1998), que consideram vital que os alunos de Enfermagem e os enfermeiros adquiram formação na área da PrS/EpS, pois nela assumem um papel de destaque, consideramos fundamental que o Plano de Estudos lhe conceda maior carga horária.

O momento em que propomos estas alterações é o mais conveniente, uma vez que, o Plano de Estudos está a ser sujeito, nesta altura, a um trabalho de adequação ao modelo preconizado pelo Processo de Bolonha, pretendendo-se que o novo plano seja implementado, no ano lectivo 2008/2009.



Por sua vez, o processo de ensino-aprendizagem deverá:

- Desenvolver uma perspectiva abrangente de Saúde, salientando a contribuição de cada um dos determinantes na saúde e qualidade de vida e a importância do envolvimento de todos os sectores na PrS;
- Proporcionar um espaço de reflexão sobre a evolução do conceito de Saúde, uma vez que, já se abordam estes conteúdos, mas as estratégias utilizadas não têm sido capazes de modificar a representação de Saúde dos alunos;
- Promover a perspectiva positiva e dinâmica do conceito de Saúde, diferenciando com clareza os vários tipos de conceitos de Saúde;
- Desenvolver a perspectiva abrangente de Saúde Escolar, tornando claro que as actividades deverão ser dirigidas às crianças, aos grupos que constituem a comunidade escolar e ao meio envolvente e serem sistemáticas;
- Clarificar adequadamente as diferenças entre a PrS e a EpS;
- Promover a perspectiva abrangente da PrS e a perspectiva activa da EpS, tornando os alunos mais conscientes do que está implícito em cada um dos paradigmas e tipos de conceitos de PrS e EpS e das suas interpretações da PrS e como as aplicar nas intervenções;
- Sensibilizar os alunos para a importância dos valores no campo da PrS e EpS;
- Trabalhar explicitamente os valores no campo da PrS/EpS, incidindo particularmente nos valores Social e Equidade.

As estratégias a que se poderá recorrer para atingir os objectivos acima propostos, poderão envolver, entre outras, a reflexão em grupo, acerca do conceito de cada um dos alunos, debate, mesas redondas e trabalhos de grupo.

Tendo em conta, que o procedimento de avaliação das docentes da área de Saúde Pública/Saúde Comunitária, não é uniforme, sugerimos uma reunião do Núcleo daquela área para debater quais os parâmetros, que deverão ser avaliados nos alunos (Atitudes, valores), procurando harmonizar, tanto quanto possível, a etapa da avaliação do processo de ensino-aprendizagem.

Assumimos o compromisso de nos constituirmos como os principais dinamizadores desta proposta. O primeiro passo deverá consistir em fazer chegar a proposta aos órgãos competentes da ESEVR-UTAD, especificamente, ao Conselho Directivo e Científico, para que caso a considerem pertinente, possa trazer alguns subsídios para a construção

do novo Plano de Estudos e as suas orientações serem implementadas no processo de ensino-aprendizagem e assim poder contribuir para a melhoria da qualidade de ensino desta escola e dos cuidados de Enfermagem prestados à população, pois estes são os grandes objectivos de todos nós, enquanto actores da formação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahumada, L., Román, D., & López–Fernández, L. (1994). La participación comunitaria. In A. Zurro, & J. Perez (Orgs.), *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica* (3ª ed., pp. 95-107). Barcelona: Mosby.
- Alvear, L. (2003). Educación para la salud. Concepto actual en el marco de la promoción de la salud. Ámbitos de aplicación. In L. Alvear, A. Moreno, C. Bes, A. Garcia, A. Tormo, & S. Ramón, *Salud pública y enfermería comunitaria* (2ª ed., pp. 399-415). Madrid: McGraw-Hill.
- Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Referência*, 5, 53-63.
- Amorim, C. (1999). Para a autonomia de opção. *Trajectos e Projectos*, 1, 17-21.
- Amorim, C. (2000). Para a autonomia de opção (Continuação). *Trajectos e Projectos*, 2, 25-30.
- Andrade, M. (1995). *Educação para a saúde – Guia para professores e educadores* (pp. 21-33). Lisboa: Texto Editora.
- Andrade, M. (2001). Psicologia da saúde: Contributos para uma abordagem interdisciplinar da Educação para a saúde. *Referência*, 7, 17-24.

- Araújo, I. (2006). Saúde, Doença e Educação para a Saúde: Uma perspectiva. *Revista Sinais Vitais*, 67, 13-16.
- Arnold, J., & Breen, L. (1998). Images of health. In S. Gorin, & J. Arnold (Orgs.), *Health promotion handbook* (pp. 3-13). St. Louis: Mosby.
- Associação para o Planeamento da Família (2004). *Protocolo entre Ministério da Educação e a Associação para o Planeamento da Família*. [on-line]. Disponível: <http://www.apf.pt/novidades/protocolo.htm> (2004-05-31).
- Associação Portuguesa de Enfermeiros (2003). *Desenvolvimento de um Programa Contínuo de Formação Profissional em Saúde Pública, destinado a enfermeiros da União Europeia*. Lisboa: APE.
- Astolfi, J., Darot, E., Ginsburger-Vogel, Y., & Toussaint, J. (1998). *Mots-clés de la didactique des sciences. Repères, définitions, bibliographies*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Baumann, M. (2002). Promotion de la santé et discriminations sociales: Quelles questions éthiques? In M. Leandro, M. Araújo, & M. Costa (Orgs.), *Saúde. As teias da discriminação social. Actas do Colóquio Internacional – Saúde e Discriminação Social*. (pp. 403-419). Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.
- Beauchamp, D. (1997). Lifestyle, public health and paternalism. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Debates and dilemmas in promoting health* (pp. 297-305). London: Macmillan Press.
- Benzeval, M., Judge, K., & Whitehead, M. (1997). Tackling inequalities in health: Extracts from the summary. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Debates and dilemmas in promoting health* (pp. 16-23). London: Macmillan Press.
- Berger, D., Peretti, C., Poisson, P., Campiutti, J., & Collet, R. (1998). Éducation à la santé et partenariats. Présentation de deux recherches-action. *Recherche et Formation*, 28, 47-63.
- Birk, L., & Silvertown, J. (1984). *More than the parts: Biology and politics*. London: Pluto Press.
- Carcel, C. (2000). Paradigma holístico. *Trajectos e Projectos*, 2, 31-35.
- Carrondo, E. (2000). Promoção da saúde. Serviços de saúde promotores de saúde: Dimensão administrativa. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda (Orgs.), *Educação para a saúde* (pp. 89-105). Braga: Departamento de Metodologias da Universidade do Minho.
- Carvalho, G. (2002). Literacia para a saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In M. Leandro, M. Araújo, & M. Costa (Orgs.), *Saúde. As teias da discriminação social. Actas do Colóquio Internacional – Saúde e Discriminação Social* (pp. 119-135). Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.
- Carvalho, G. (2004). A criança e a saúde infantil. In J. Oliveira-Formosinho, *A criança na sociedade contemporânea* (pp. 133-148). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, G. (2006). A criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. In B. Pereira, & G. Carvalho (Coords.), *Actividade física, saúde e lazer: A infância e estilos de vida saudáveis* (pp. 19-37). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2004). Educação para a Saúde: Diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 (1), 57-69.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

- Casanova, R. (1992). Holismo: Consequências de una errónea interpretación. *Revista Rol de Enfermería*, 15 (165), 65-67.
- Clark, M. (1996). *Nursing in the community* (2ª ed., pp. 127-143). Stanford: Appleton & Lange.
- Clark, J., & Maben, J. (1999). Health promotion in primary health care nursing: The development of quality indicators. *Health Education Journal*, 58, 99-119.
- Clark, J., & Maben, J. (1998). Health promotion: Perceptions of Project 2000 educated nurses. *Health Education Research*, 13 (2), 185-196.
- Clément, P. (2004). *Science et idéologie: Exemples en didactique et épistémologie de la biologie. Sciences, Médias et Société*. [on-line]. Disponível : <http://www.sciences-medias.ens-1sh.fr/>.
- Clément, P. (2006). *Didactic transposition and KVP model: Conceptions as interactions between scientific knowledge. Values and social practices*. ESERA Summer School, IEC, Universidade do Minho, Braga.
- Clément, P., & Cheiko, M. (2001). *L'Éducation à l'environnement : II – Pluridisciplinarité et pratiques pédagogiques. Proceedings of the 2<sup>ème</sup> Assises du CIFERSE*, Dakar.
- Collière, M-F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collins, T. (1997). Models of health: Pervasive, persuasive and politically charged. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Debates and dilemmas in promoting health. A reader* (pp. 54-63). London: Macmillan Press.
- Costa, M., & López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Damásio, A. (1998). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa América.
- Davies, M., & Macdowall, W. (2006). *Health Promotion theory*. London: Open University Press.
- Deccache, A., & Laperche, J. (1998). Paradigms, values and quality criteria in health promotion: An application to primary health care. In J. Davies, & G. Macdonald, (Edits.), *Quality, evidence and effectiveness in health promotion* (pp. 149-164). London: Routledge.
- Déjours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 14 (54), 7-11.
- D'Espiney, L. (1996). Formação inicial/Formação contínua de enfermeiros. Uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In A. Estrela (Org.), R. Canário (Coord.), & J. Ferreira (Org.), *Formação, saberes profissionais e situações de trabalho*. Lisboa: Afirse Portuguesa.
- Direcção Geral de Saúde (2007a). *Conferência de Sundswall*. [on-line]. Disponível: <http://www.dgsaude.pt>.
- Direcção Geral de Saúde (2007b). *Conferência de Jacarta*. [on-line]. Disponível: <http://www.dgsaude.pt>.
- Direcção Geral de Saúde (2007c). *Conferência do México*. [on-line]. Disponível: <http://www.dgsaude.pt>.
- Direcção Geral de Saúde (2007d). *Recomendações de Adelaide*. [on-line]. Disponível: <http://www.dgsaude.pt>.
- Direcção Geral de Saúde (2007e). *Carta de Ottawa*. [on-line]. Disponível: <http://www.dgsaude.pt>.
- Downie, R., Tannahill, C., & Tannahill, A. (2000). *Health promotion. Models and values* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 9-75). Oxford: University Press.

- Drever, E. (1995). *Using Semi-structured interviews in small-scale research. A teacher's guide*. Edinburgh: Scree Publication.
- Dubouloz, C. (1999). Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação. Da concepção à realização* (pp. 305-319). Loures: Lusociência.
- Duhamel, F., & Fortin, M.-F. (1999). Os estudos do tipo descritivo. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação. Da concepção à realização* (pp. 161-171). Loures: Lusociência.
- Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (1989). *Plano de Estudos do Curso de Bacharelato em Enfermagem*. Vila Real: ESEVR.
- Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (1999a). *Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Vila Real: ESEVR.
- Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (1999b). *Programa das Unidades Curriculares do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Vila Real: ESEVR.
- Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (2001). *Plano de desenvolvimento: Programa Educativo 2002/2006*. Vila Real: ESEVR.
- Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (2003a). *Guia de Orientação de Estágio*. Vila Real: ESEVR.
- Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (2003b). *Guia de Avaliação do Estágio*. Vila Real: ESEVR.
- Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. Conselho Científico (2004). *Plano Orientador da Formação ano lectivo 2004/2005*. Vila Real: ESEVR.
- Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting health. A practical guide* (4<sup>th</sup> ed., pp. 3-55). London: Baillière Tindall.
- Faria, M. (2001). *A prioridade da educação para a saúde na escola*. [on-line]. Disponível: <http://www.eseb.ipbeja.pt/investigação/artigos/prioridade.htm> (2001-07-11), 1-16.
- Fernandes, O., & Lopes, M. (2002). Corpo, saúde e doença: Que representações dos enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*, 6, 4-17.
- Fernández, X., Conde, M., Trías, P., & Sanchez, M. (2001). *Valores transversales en la practica educativa* (2<sup>a</sup> ed.). Madrid: Editorial Sintesis.
- Ferreira, F. (1990). *Moderna saúde pública* (6<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Forissier, T. (2003). *Les valeurs implicites dans l'éducation à l'environnement. Analyse de la formation d'enseignants de sciences de la vie et de la terre et des conceptions de futurs enseignants français, allemands et portugais*. Tese de Doutoramento [não-publicada]. Universidade de Lyon, Lyon.
- Forster, D. (1997). Health promotion: Models and approaches. In S. Pike, & D. Forster (Edits.), *Health promotion for all*. (2<sup>nd</sup> ed., pp. 39-50). London: Churchill Livingstone.
- Fortin, M.-F., & Ducharme, F. (1999). Os estudos de tipo correlacional. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação. Da concepção à realização* (pp. 173-182). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (1999). Métodos de colheita de dados. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação. Da concepção à realização* (pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- Freund, P., & McGuire, M. (1995). *Health, illness and the social body: A critical sociology*. New Jersey: Practice Hall.

- Gameiro, M. (1998). Quadros guia para a selecção dos testes de hipóteses bivariadas, *Referência*, 1, 81-82.
- Gil, A. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Goleman, D. (1997). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates – Actividades Editoriais.
- Golse, A. (2004). Psychologues et psychiatres: Je t'aime, moi non plus. *Sciences Humanes*, 147, 30-37.
- González, M. (1998a). Los grandes cambios socio-sanitarios del siglo XXI. In M. González (Coord. Edit.), *La Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud* (pp. 3-20). Madrid: Diaz de Santos.
- González, M. (1998b). La educabilidad de la salud. Tiene importancia la educación para la salud en nuestra sociedad? In M. González (Coord. Edit.), *La Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud* (pp. 21-29). Madrid: Diaz de Santos.
- Gorin, S. (1998). Models of health promotion. In S. Gorin, & J. Arnold (Orgs.), *Health promotion handbook* (pp. 14-35). St. Louis: Mosby.
- Governo (1998). Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98 de 21 de Outubro. Aprova o Relatório da Comissão Interministerial para a Educação Sexual e Planeamento Familiar. *D.R. I Série-B*, 243, 5484.
- Governo (1999a). Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/99 de 8 de Maio. Estabelece a Comissão Interministerial para analisar os múltiplos aspectos associados à luta contra o alcoolismo e a composição desta comissão. *D.R. I Série-B*, 107, 2398.
- Governo (1999b). Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 26 de Maio. Aprova a estratégia nacional de luta contra a droga. *D.R. I Série-B*, 122, 2972-3029.
- Green, L., Kreuter, M., Deeds, S., & Partridge, K. (1980). *Health Education planning: A diagnostic approach*. Mayfield: Palo Alto.
- Guimarães, R., & Cabral, J. (1997). *Estatística*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Hair, J., Black, B., Anderson, R., & Tathan, R. (2005). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- Halstead, J. (1996). Values and values education in Schools. In J. Halstead, & M. Taylor (Edits), *Values in education and education in values* (pp. 3-14). London: The Falmer Press.
- Harel, F. (1999). Análise estatística dos dados. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação. Da concepção à realização* (pp. 269-304). Loures: Lusociência.
- Herzlish, C. (1973). *Health and Illness. European monographs in Social Psychology*. London: Academic Press.
- Hill, M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- International Council of Nurses (1999). *Reducing Environmental and Lifestyle-related Health Hazards*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-06-18).
- International Council of Nurses (2000a). *ICN on mobilising Nurses for Health Promotion*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-06-18).
- International Council of Nurses (2000b). *Nurses and Primary Health Care*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-06-18).
- International Council of Nurses (2000c). *Occupational health and safety for Nurses*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-05-13).
- International Council of Nurses (2001a). *Guidelines on shaping effective health policy*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-05-12).
- International Council of Nurses (2001b). *Mental health: stop exclusion – dare to care*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-06-18).

- International Council of Nurses (2001c). *Promoting the value and cost-effectiveness of Nursing*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-05-13).
- International Council of Nurses (2002). *Mental health: ICN position*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-06-18).
- International Council of Nurses (2003a). *ICN offers guidance on global Nurse competencies*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-05-12).
- International Council of Nurses (2003b). *Main health professions say stronger government action against tobacco is a must*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-06-18).
- International Council of Nurses (2004a). *Equal opportunity: gender issues*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-05-12).
- International Council of Nurses (2004b). *ICN on Health Ageing: a Public Health and Nursing challenge*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-05-12).
- International Council of Nurses (2004c). *ICN on men's health*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-05-12).
- International Council of Nurses (2004d). *ICN on poverty and health: breaking the link*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-05-12).
- International Council of Nurses (2004e). *ICN on women's health: making strides from the Universal Declaration of Human Rights to the recognition of women's health rights*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-06-18).
- International Council of Nurses (2004f). *Mainstreaming a gender perspective into the health services*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-05-12).
- International Council of Nurses (2004g). *Safeguarding the Childhood of children*. [on-line]. Disponível: <http://www.icn.ch>. (2004-05-12).
- Jensen, B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*, 12 (4), 419-428.
- Jones, L. (1998a). Promoting health: everybody's business?. In J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Promoting health. Knowledge and practice* (pp. 2-17). London: Macmillan Press and the Open University.
- Jones, L. (1998b). What is health?. In J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Promoting health. Knowledge and practice* (pp. 18-36). London: Macmillan Press and the Open University.
- Jourdan, D., Picc, I., Aublet-Cuvelier, B., Berger, D., Lejeune, M., Laquet-Riffaud, A., Geneix, C., & Glanddier, P. (2002). Éducation à la santé à l'école: Pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé Publique*, 14 (4), 403-423.
- Jourdan, D. (2003). Quelle éducation à la santé à l'école? *Journal des Professionnels de l'Enfance*, 1-6.
- Katz, J., & Peberdy, A. (1998). *Promoting Health : Knowledge and practice* : London : Macmillan.
- Kickbush, I. (1998). New horizons in health. *Promotion and Education*, 5 (2), 5-6.
- Kiger, A. (1997). *Teaching for health* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 29-64). London: Churchill Livingstone.
- Kozier, B., Erb, G., & Olivieri, R. (1993). *Enfermería fundamental: Conceptos, procesos y práctica* (4<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Interamericana.
- Larrea, C., & Plana, M. (1993). Antropología y educación para la salud. *Revista Rol de Enfermería*, 16 (179/180), 65-69.
- Lash, S. (1990). Convicções e comportamento na educação para a saúde. *Nursing*, 4 (27), 46-48.

- Latter, S. (1998). Nursing health education and health promotion: Lessons, progress made and challenges ahead. *Health Education Research*, 2, i-v.
- Liimatainen, L., Poskiparta, M., Sjögren, A., Kwettunen, T., & Karhila, P. (2001). Investigating student nurses' constructions of health promotion in nursing education. *Health Education Research*, 16 (1), 33-48.
- Lucini, F. (2002). Educación en valores y transversalidade: Un nuevo reto para la educación contemporánea. In M. González (Coord. Edit.), *La Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud* (2ª ed., pp. 137-144). Madrid: Diaz de Santos.
- Maben, J., & Clark, J. (1995). *Health promotion: A concept analysis*. [on-line]. Medline Abstract. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (26-02-2003).
- Macdonald, T. (1998). *Rethinking health promotion. A global approach*. London: Routledge.
- Maclean, B. (1992). Technical curriculum models: Are they appropriate for the Nursing profession? *Journal of Advanced Nursing*, 17, 871-876.
- Marques, P. (2006). Os valores dos jovens e a educação para os valores. O caso particular da formação moral dos estudantes de Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 7, 13-15.
- Martins, C., Veiga, C., Quelhas, I., Barcelos, O., & Azevedo, P. (2004). Cuidar holístico: Dimensão espiritual. *Informar*, 10 (32), 10-12.
- McKeown, T., & Lowe, C. (1974). *An introduction to social medicine*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- McSweeney, G. (2003). A enfermeira: Prestação de cuidados holísticos. *Servir*, 51 (6), 282-288.
- Mead, M. (1999). Who is making a difference through health promotion? *Health Promotion International*, 14 (1), 1-4.
- Mendes, C., & Antunes, E. (2004). Estimular a aprendizagem nos jovens. Estratégia de intervenção. *Nursing*, 15 (193), 30-34.
- Milburn, K. (1996). The importance of lay. Theorising for health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 11 (1), 41-46.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2003). *Discurso da Ministra Maria da Graça Carvalho na sessão solene da abertura do ano lectivo 2003/2004*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt>. (2003-10-15).
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2004a). *Linhas Gerais Estratégicas. Eixos Prioritários. Ciência 2010 – Programa Operacional da Ciência e Inovação*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt>. (2004-01-31).
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2004b). *Espaço Europeu do Ensino Superior. O Processo de Bolonha*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt>. (2004-06-18).
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2004c). *Intervenção de sua Excelência a Ministra da Ciência e do Ensino Superior no Seminário sobre a Lei de Bases da Educação no CNE*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt>. (2004-06-18).
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2004d). *Entrevista à Ministra da Ciência e do Ensino Superior*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt>. (2004-06-18).
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2004e). *Notícias*. [on-line]. Disponível: <http://www.mces.pt>. (2004-06-18).
- Ministério da Educação (1999a). Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, *D. R. I Série-A*, 186, 5232-5234.



- Ministério da Educação (1999b). Despacho n.º 15587/99 de 12 de Agosto. Cria a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde e suas incumbências. *D. R. II Série*, 187, 11982.
- Ministério da Educação (1999c). Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro. Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. *D. R. I Série-B*, 219, 6510-(2)-6510-(3).
- Ministério da Educação (2000a). Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro. Promoção da educação sexual em meio escolar, saúde reprodutiva e planeamento familiar. *D. R. I Série-A*, 240, 5784-5786.
- Ministério da Educação (2000b). Portaria n.º 720/2000 de 5 de Setembro. Aprova o Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. *D. R. I Série-B*, 205, 4703-4704.
- Ministério da Educação (2004a). *Fazei-os crescer inteiros, plenos e felizes*. [on-line]. Disponível: <http://www.min-edu.pt>. (2004-03-04).
- Ministério da Educação (2004b). *Discurso do Ministro da Educação no Instituto de Defesa Nacional*. [on-line]. Disponível: <http://www.portugal.gov.pt>. (2004-05-28).
- Ministério da Educação (2004c). *Saúde escolar. Escolas Promotoras de saúde*. [on-line]. Disponível: <http://www.min-edu.pt>. (2004-05-31).
- Ministério da Educação e da Saúde (1990). Portaria n.º 294/90 de 17 de Abril. Aprova o Plano de Estudos do Curso de Bacharelato em Enfermagem da ESEnfVR. *D. R. I Série*, 89, 1831-1832.
- Ministério da Educação e da Saúde (2000). Despacho Conjunto n.º 734/2000 de 18 de Julho. Determina a manutenção da parceria entre os ministérios para fomentar o desenvolvimento e alargamento da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), competências do Centro de Apoio Nacional (CAN) e sua composição. *D. R. II Série*, 164, 11896.
- Ministério da Saúde (1990). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. *D. R. I Série*, 195, 3452-3459.
- Ministério da Saúde (1993). Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *D. R. I Série-A*, 12, 129-134.
- Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Centro. Sub-Região de Saúde de Viseu (2000). *Enfermagem e «Midwife»*. *Health 21 - «Saúde 21»*. (Versão abreviada). Viseu: SRSV.
- Ministério da Saúde (2003a). Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril. Criação do novo modelo de rede de prestação de Cuidados de saúde Primários. *D. R. I Série-A*, 77, 2118-2127.
- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2003b). *Contributos para um Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas*. [on-line]. Disponível: <http://www.dgsaude.pt>. (2003-01-31).
- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2003c). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida*. Lisboa: DGS.
- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2003d). *Saúde na comunidade – Guia orientador para elaboração de indicadores*. Lisboa: DGS.
- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde, Associação para o Planeamento da Família, & Programa de Promoção e Educação para a Saúde (2004a). *Educação sexual e promoção da saúde nas escolas. Um projecto experimental*. [on-line]. Disponível: <http://www.apf.pt/activ/ppes.htm>. (2004-05-31).
- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2004b). *EURO 2004. Promoção de estilos de vida saudáveis*. Lisboa: DGS.

- Ministério da Saúde (2004c). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume I – Prioridades; Volume II – Orientações estratégicas*. [on-line]. Disponível: <http://www.dgsaude.pt>. (2004-04-30).
- Ministério da Saúde (2004c). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume I – Prioridades; Volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: MS.
- Ministério da Saúde (2006). *Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: MS.
- Mittelmark, M. (2005). Foreword. In A. Scriven (Ed.), *Health Promoting practice. The contribution of nurses and allied health professionals* (pp. xxi-xxii). London: Palgrave Macmillan.
- Morais, C. (2004). O paradigma holístico na Enfermagem. *Nursing*, 15 (192), 29-33.
- Moreno, A., García, E., & Campos, P. (2000). Conceptos en educación para la salud. In A. S. Moreno, E. García, & P. Campos (Dirs.), *Enfermería comunitária* (p. 155-168). Madrid: McGraw-Hill.
- Moreno, A., García, E., & Campos, P. (2003a). Paradigmas y modelos en educación para la salud. In L. Alvear, A. Moreno, C. Bes, A. García, A. Tormo, & S. Ramón, *Salud pública y enfermería comunitária* (2ª ed., pp. 455-480). Madrid: McGraw-Hill.
- Moreno, A., García, E., & Campos, P. (2003b). Participación comunitária en la salud. In L. Alvear, A. Moreno, C. Bes, A. García, A. Tormo, & S. Ramón, *Salud pública y enfermería comunitária* (2ª ed., pp. 417-454). Madrid: McGraw-Hill.
- Moreno, A., García, E., & Campos, P. (2003c). La programación y la evaluación en educación para la salud. In L. Alvear, A. Moreno, C. Bes, A. García, A. Tormo, & S. Ramón, *Salud pública y enfermería comunitária* (2ª ed., pp. 481-506). Madrid: McGraw-Hill.
- Moreno, A., Hernández, M., Estévez, V., García, E., & Campos, P. (2003). Educación para la salud en la escuela. In L. Alvear, A. Moreno, C. Bes, A. García, A. Tormo, & S. Ramón, *Salud pública y enfermería comunitária* (2ª ed., pp. 507-531). Madrid: McGraw-Hill.
- Morrondo, P. (2000). Promoción de la salud. In A. Moreno, E. García, & P. Campos (Dirs.), *Enfermería comunitária* (pp. 141-153). Madrid: McGraw-Hill.
- Munck, J. (2004). Folie et citoyenneté. *Sciences Humanes*, 147, 38-41.
- Munn, P., & Drever, E. (1995). *Using Questionnaires in Small-Scale Research. A teacher's guide*. Edinburgh: Scree Publication.
- Naidoo, J., & Wills, J. (1994). *Health promotion. Foundations for practice*. London: Baillière Tindall.
- Navarro, M. (1995). Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 77-83.
- Navarro, M. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? (Conceitos e fundamentos para novas práticas). In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda (Orgs.), *Educação para a Saúde* (2ª ed., pp.13-27). Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.
- O'Keefe, E. (1997). Values and ethical issues. In S. Pike, & D. Forster (Edits.), *Health promotion for all* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 51-65). London: Churchill Livingstone.
- Oliveira, J. (1997). *Filosofia, psicanálise e educação*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Oliveira, M. (1998). Escola - Encontro de pessoas. Que valores? Perspectiva dos alunos de Curso Superior de Enfermagem. *Servir*, 46 (5), 248-258.
- Oliveira, C. (2000). Holismo: Aprender e educar. In A. Carvalho, E. Vilela, I. Baptista, M. Couto, P. Pereira, & Z. Almeida (Coords.), *Diversidade e identidade. Actas da*

- 1ª Conferência Internacional de Filosofia da Educação (pp. 287-292). Braga: Universidade do Minho.
- Organização Mundial de Saúde. Bureau Regional da Europa (1985). *As Metas da Saúde para Todos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Acreditação da formação em Enfermagem no contexto da atribuição de títulos profissionais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 9, 9-11.
- Ordem dos Enfermeiros (2004a). Mensagem da tomada de posse da Bastonária da OE. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 12, 3-6.
- Ordem dos Enfermeiros (2004b). Actualidade. Dia Internacional do Enfermeiro 2004 – Trabalhando com os pobres; contra a pobreza. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 12, 39-41.
- Ordem dos Enfermeiros (2004c). *Equacionando: Direitos Humanos e necessidades em cuidados*. [on-line]. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt>. (2004-06-16).
- Ordem dos Enfermeiros (2004d). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem*. [on-line]. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt>. (2004-06-16).
- Ordem dos Enfermeiros (2004e). DL n.º 353/99. *Regras gerais do Ensino de Enfermagem*. [on-line]. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt>. (2004-06-16).
- Padilla, F., & Haro, M. (2000). Estudios descriptivos. In A. Osuna (Org.), *Salud pública e educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- Parahoo, K. (2006). *Nursing Research. Principles, Process and Issues* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Palgrave Macmillan.
- Patrício, M. (1993). *Axiologia educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Pera, P. (2003). La salud en el contexto de la nueva salud pública. *Revista Rol de Enfermería*, 26 (1), 38-40.
- Pereira, S., & Cruz, F. (2004). Ética ao cuidar do Homem face à sua dimensão espiritual. *Hospitalidade*, 68 (265), 9-12.
- Pestana, M. (1996). A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 1 (1), 183-304.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (3ª ed. rev. e aument.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (4ª ed. rev. e aument.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pike, S. (1997). What is health promotion?. In S. Pike, & D. Forster (Edits.), *Health promotion for all* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 3-13). London: Churchill Livingstone.
- Portal do Governo (2004a). *Apresentação da Lei de Bases da Educação no que se refere ao Ensino Superior*. [on-line]. Disponível: <http://www.portugal.gov.pt/Portal>. (2004-06-18).
- Portal do Governo (2004b). *Resolução que aprova medidas de desenvolvimento do Ensino Superior de saúde*. [on-line]. Disponível: <http://www.portugal.gov.pt>. (2004-06-18).
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Precioso, J. (1992). Algumas estratégias de âmbito intra e extra-curricular. Para promover e educar para a prática de uma alimentação racional. *Revista Portuguesa de Educação*, 2, 111-128.
- Portal de Saúde Pública (2007). *Conferência de Bagkok*. [on-line]. Disponível: <http://www.saudepublica.web.pt>.

- Quartilho, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria. Do sintoma à experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Queirós, A. (2000). Reflexões sobre os modelos e teorias em enfermagem. Como ensinar/como aplicar. *Revista Sinais Vitais*, 29, 15-17.
- Queirós, A. (2001). *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Reidy, M., & Mercier, L. (1999). A triangulação. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação. Da concepção à realização* (pp. 321-328). Loures: Lusociência.
- Reis, M. (2000). Serviços de saúde promotores de saúde. O Hospital promotor de saúde. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda (Orgs.), *Educação para a Saúde* (2ª ed., pp. 97-104). Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Reiss, M. (1996). Food, smoking and sex: values in health education. In J. Halstead, & M. Taylor (Edits). *Values in education and education in values* (pp. 92-103). London: The Falmer Press.
- Renaud, M. (1994). Os valores no mundo em mutação. *Brotéria*, 139, 299-322.
- Renaud, M. (2000). A historicidade das normas morais. *Brotéria*, 151 (2/3), 189-202.
- Ribeiro, J. (1998a). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, L. (1998b). Valores e desenvolvimento em Enfermagem ou de como dar lugar à ética. *Pensar Enfermagem*, 1 (2), 4-10.
- Rochon, A. (1996). *Educación para la salud. Guia practica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- Rodrigues, V. (2003). Hábitos de saúde e comportamentos de risco em estudantes do Ensino Básico/Secundário. Estudo da eficácia de um programa educacional de intervenção. Tese de Doutoramento [não-publicada]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto.
- Rogers, C. (1991). *Tornar-se pessoa* (4ª ed.). Lisboa: Moraes Editora.
- Rosenbaum, J., & Carty, L. (1996). The subculture of adolescence: Beliefs about care, health and individuation within Leiningers theory. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 741-746.
- Rosso, C., & Collet, N. (1999). Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior Paranaense. *Revista Electrónica de Enfermagem* [on-line], Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
- Sanmartí, L. (1985). *Educación sanitária. Principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona: Ediciones Diaz de Santos.
- Santos, E. (2000a). Prefácio. In A. Queirós, L. Silva, & E. Santos, *Educação em Enfermagem* (pp. 7-8). Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, E. (2000b). Concepção de cuidados de enfermagem dos docentes de enfermagem. In A. Queirós, L. Silva, & E. Santos, *Educação em Enfermagem* (pp. 61-127). Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, V. (2000c). Marco conceptual de educación para la salud. In A. Osuna, *Salud pública y educación para la salud* (pp. 341-353). Barcelona: Masson.
- Santos, V. (2000d). Educación para la salud en la escuela. In A. Osuna, *Salud pública y educación para la salud* (pp. 399-408). Barcelona: Masson.
- Scriven, A. (2005a). Health promoting practice: A context and overview. In A. Scriven (Ed.), *Health Promoting practice. The contribution of nurses and allied health professionals* (pp. xxiii-xxxi). London: Palgrave Macmillan.
- Scriven, A. (2005b). Promoting Health: Perspectives, policies, principles, practice. In A. Scriven (Ed.), *Health Promoting practice. The contribution of nurses and allied health professionals* (pp. 1-16). London: Palgrave Macmillan.
- Seedhouse, D. (1986). *Health: The foundations for achievement*. Chichester: Wiley.

- Seedhouse, D. (1998). *Health promotion. Philosophy, prejudice and practice*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Sidell, M. (1997). Older people's health: Applying Antonovsky's Salutogenic paradigm. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Debates and dilemmas in promoting health* (pp. 9-15). London: Macmillan Press.
- Silva, M. (1998). A promoção de saúde em Cuidados de Saúde Primários no distrito de Vila Real. Os enfermeiros como recurso essencial. Dissertação de Mestrado [não-publicada], UTAD, Vila Real.
- Silva, P. (1999). Do ensino à prática profissional. *Trajectos e Projectos*, 1, 22-24.
- Silva, L. (2000). As competências do professor e o ensino reflectivo em enfermagem. In A. Queirós, L. Silva, & E. Santos, *Educação em Enfermagem* (pp. 31-53). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sousa, M. (1995). A educação para a saúde na prática de saúde escolar – diagnóstico da situação de um concelho do distrito de Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1, 39-52.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Sage Publications.
- Tones, K. (1993). The theory of health promotion: Implications for nursing. In J. Wilson–Barnett, & J. Clark (Edits.), *Research in health promotion and nursing* (pp. 3-12). London: Macmillan Press.
- Tones, K. (1996). The anatomy and ideology of health promotion: Empowerment in context. In A. Scriven, & J. Orme (Edits.), *Health promotion. Professional perspectives* (pp. 9-21). London: Macmillan Press.
- Tones, K. (1997). Health education as empowerment. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz, & A. Peberdy (Edits.), *Debates and dilemmas in promoting health* (pp. 33-42). London: Macmillan Press.
- Tones, K. (2002). Reveille for radicals! The paramount purpose of health education? *Health Education Research*, 17, 1-5.
- Tones, K., & Tilford, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- União Europeia (2002a). *Resolução de 23 de Novembro de 1988. Educação para a Saúde*. [on-line]. <http://www.europa.eu.int>. (2002-10-03).
- União Europeia (2002b). *Documento conceptual sobre a execução do Eixo 1, relativo à informação e conhecimentos em matéria de saúde, do futuro programa de acção no domínio da Saúde Pública*. [on-line]. Disponível: <http://www.europa.eu.int>. (2004-05-31).
- União Europeia (2002c) *Decisão n.º 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de Setembro de 2002, que aprova um programa de acção comunitária no domínio da Saúde Pública (2003-2008)*. [on-line]. Disponível: <http://www.europa.eu.int>. (2004-05-31).
- União Europeia (2002d). *Programa de acção comunitária no domínio da Saúde Pública (2003-2008)*. [on-line]. Disponível: <http://www.europa.eu.int/comm/health/ph-programme/programme-pt.htm>. (2004-05-31).
- União Europeia (2002e). *Visão geral da política de saúde*. [on-line]. Disponível: <http://www.europa.eu.int/comm/health/ph-overview/overview-pt.htm>. (2004-05-31).
- Vallejo, P. (2002). La evaluación de los valores y de las actitudes. In M. González (Coord. Edit.), *La Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. (2<sup>a</sup> ed., pp. 67-88). Madrid: Diaz de Santos.

- Whitehead, D. (2005). The culture, context and progress of Health Promotion in Nursing. In A. Scriven (Ed.), *Health Promoting practice. The contribution of nurses and allied health professionals* (pp. 19-30). London: Palgrave Macmillan.
- Woods, P. (2001). Ser criativo em relação ao comportamento desviante na escola. *Cadernos de Criatividade*, 3, 55-74.
- World Health Organization (1984). *Health promotion: A WHO discussion document on the concepts and principles*. Copenhagen: WHO
- World Health Organization. Ministério da Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde.
- World Health Organization (1988). *Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis*. Lisboa: DGS.
- World Health Organization (1991). *Declaração de Sundswall sobre ambientes favoráveis à saúde*. Lisboa: DGS.
- World Health Organization (1997). *Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no século XXI*. Lisboa: DGS.
- World Health Organization (1999). *21 Targets for the 21st Century and suggested areas for formulating indicators*. [on-line]. Disponível: <http://www.who.int.html>. (2006-01-11).
- World Health Organization (2000). *Fifth Global Conference for Health Promotion. Health Promotion: Bridging the equity gap. Report of the technical program*. [on-line]. Disponível: <http://www.who.int/hpr/conference/products/conferencereport/conferencereport.html>. (2003-07-09).
- World Health Organization (2003a). *Declaration of Alma-Ata*. [on-line]. Disponível: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>. (2003-07-09).
- World Health Organization (2003b). *About us*. [on-line]. Disponível: <http://www.who.int/hpr/archive/oldhpr/aboutus.html>. (2003-07-09).



**ANEXOS**





**ANEXO I**

Quadros de frequências dos eixos de valores resultantes da análise de conteúdo



**Quadro I** – Frequências dos pólos da categoria Social/Individual por autor

Autores\Pólos	Global\Individual		Mudança social\Mudança individual		Pressão social\ Liberdade de opção		Responsabilidade social\ Responsabilidade individual		Solidariedade\Não solidariedade		Total por autor
Ferreira (1990)	12	11	0	0	0	0	7	1	5	0	36
Quartilho (2001)	13	14	1	0	2	0	0	0	0	0	30
Rodrigues (2003)	6	6	0	0	0	2	4	9	0	0	27
Downie, Tannahill e Tannahill (2000)	8	0	0	0	2	4	0	1	0	0	15
Ewles e Simnett (1999)	1	0	3	0	0	0	1	1	0	0	6
Tones e Tilford (1994)	0	0	1	0	0	5	1	1	0	0	8
Amorim (1999; 2000)	1	0	1	1	0	1	0	2	0	0	6
Andrade (2001)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carvalho (2002)	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Navarro (2000)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>Total por pólo</b>	41	31	7	1	4	13	14	15	5	0	131

**Quadro II** – Frequências dos pólos da categoria Salutogénico\Patogénico por autor

Autores\Pólos	Salutogénico\Patogénico		Atitude\Tecnicismo		Cidadania\Medicalização		Dinâmico/Estático		Positivo\Negativo		Recurso\Fim		Subjectivo\Objectivo		Total por autor
Ferreira (1990)	1	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	2	1	9
Quartilho (2001)	0	1	1	0	0	3	2	1	0	0	0	0	33	11	52
Rodrigues (2003)	4	3	1	0	0	0	8	0	8	0	1	0	14	6	45
Downie, Tannahill e Tannahill (2000)	2	0	0	0	0	0	0	0	33	2	0	0	8	4	49
Ewles e Simnett (1999)	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	2	0	0	0	7
Tones e Tilford (1994)	1	0	0	0	5	0	1	0	4	3	0	0	0	0	14
Amorim (1999; 2000)	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	0	6
Andrade (2001)	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Carvalho (2002)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Navarro (2000)	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
<b>Total por pólo</b>	10	4	3	0	8	3	17	1	54	7	4	0	57	22	190

**Quadro III** – Frequências dos pólos da categoria Holístico\Reduccionístico por autor

Autores\Pólos	Holístico\Reduccionístico		Cíclico\Linear		Coerência\Desarticulação		Multisectorial\Unisectorial		Processos\Actividades		Sistémico\Monocausal		Total por autor
Ferreira (1990)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Quartilho (2001)	2	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8
Rodrigues (2003)	9	2	0	0	3	0	5	0	10	0	2	0	31
Downie, Tannahill e Tannahill (2000)	1	0	0	0	4	1	1	0	2	0	0	0	9
Ewles e Simnett (1999)	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4
Tones e Tilford (1994)	6	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	10
Amorim (1999; 2000)	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	5
Andrade (2001)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carvalho (2002)	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	5
Navarro (2000)	0	0	0	0	5	0	0	0	3	0	0	0	8
<b>Total por pólo</b>	23	7	0	0	15	1	12	0	20	0	2	0	80

**Quadro IV** – Frequências dos pólos da categoria Equidade\Desigualdade por autor

Autores\Pólos	Equidade\Desigualdade		Inclusão\Exclusão		Justiça social\Injustiça		Tolerância\Discriminação		Universalidade\Parcialidade		Total por autor
Ferreira (1990)	1	1	0	0	0	0	1	0	14	0	17
Quartilho (2001)	19	0	2	0	1	0	0	0	0	0	22
Rodrigues (2003)	3	0	0	0	2	0	1	0	0	0	6
Downie, Tannahill e Tannahill (2000)	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Ewles e Simnett (1999)	14	0	0	0	0	0	3	0	0	0	17
Tones e Tilford (1994)	14	0	0	0	1	0	0	0	1	0	16
Amorim (1999; 2000)	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Andrade (2001)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carvalho (2002)	4	0	0	0	0	0	6	0	0	0	10
Navarro (2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>Total por pólo</b>	61	1	2	0	4	0	11	0	17	0	96

**Quadro V** – Frequências dos pólos da categoria Autonomia\Dependência por autor

Autores\Pólos	Autonomia\Dependência		Activo\Passivo		Autocontrolo\Heterocontrolo		Autocuidado\Heterocuidado		Capacitação\Prescrição		Literacia\Iliteracia		Participação\Indiferença		Total por autor
Ferreira (1990)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Quartilho (2001)	1	0	6	8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	16
Rodrigues (2003)	10	1	17	0	7	0	0	0	6	0	0	0	24	0	65
Downie, Tannahill e Tannahill (2000)	4	0	0	0	1	0	0	0	12	0	0	0	8	0	25
Ewles e Simnett (1999)	3	0	0	0	8	0	0	0	16	0	0	0	1	0	28
Tones e Tilford (1994)	0	0	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6	0	12
Amorim (1999; 2000)	3	0	5	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	11
Andrade (2001)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Carvalho (2002)	2	0	2	0	0	0	0	0	5	0	22	0	0	0	31
Navarro (2000)	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6	0	11
<b>Total por pólo</b>	24	1	38	8	16	0	0	0	46	0	22	0	50	0	205



**Quadro VI** – Frequências dos pólos da categoria Democrático\Autocrático por autor

Autores\Pólos	Democrático\Autocrático		Cooperação\Concordância		Decisão bottom-up\Decisão top-down		Leigo\Especialista		Opção informada\Paternalismo		Opção livre\Coerção		Partilha\Poder absoluto		Total por autor
Ferreira (1990)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Quartilho (2001)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rodrigues (2003)	0	1	0	0	0	0	5	0	0	1	1	0	0	0	8
Downie, Tannahill e Tannahill (2000)	0	0	0	0	4	0	4	0	1	0	0	0	0	0	9
Ewles e Simnett (1999)	0	0	1	0	2	0	4	0	3	0	3	0	1	0	14
Tones e Tilford (1994)	3	0	4	0	1	0	0	0	3	0	10	0	0	0	21
Amorim (1999; 2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	5
Andrade (2001)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carvalho (2002)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Navarro (2000)	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4
<b>Total por pólo</b>	5	1	5	0	7	0	14	0	10	1	19	0	1	0	63

**Quadro I** – Frequências dos pólos da categoria Social/Individual por outros autores

Autores\Pólos	Global\Individual		Mudança social\Mudança individual		Pressão social\ Liberdade de opção		Responsabilidade social\ Responsabilidade individual		Solidariedade\Não solidariedade		Total por autor
Baumann (2002)	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0	5
Halstead (1996)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Reiss (1996)	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	5
Carrondo (2000)	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Reis (2000)	2	0	0	0	0	0	1	3	0	0	6
Ribeiro (1998)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Andrade (1995)	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	5
Pestana (1996)	1	0	1	1	0	0	3	4	1	0	11
Sousa (1995)	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
Faria (2001)	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3
Costa e López (1996)	1	0	0	0	0	0	5	1	0	0	7
González (1998)	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	5
Santos (2000c)	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	4
Santos (2000d)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Morrondo (2000)	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3
Moreno, Garcia e Campos (2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Golse (2004)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Munck (2004)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jourdan [et al.] (2002)	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Tones (2002)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Jones (1998)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Kiger (1997)	0	0	2	0	0	0	2	1	0	0	5
Pike (1997)	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	4

**Quadro I** – Frequências dos pólos da categoria Social/Individual por outros autores (Continuação)

Autores\Pólos	Global\Individual		Mudança social\Mudança individual		Pressão social\ Liberdade de opção		Responsabilidade social\ Responsabilidade individual		Solidariedade\Não solidariedade		Total por autor
Forster (1997)	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3
O'Keefe (1997)	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Deccache e Laperche (1998)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Naidoo e Willis (1994)	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Oliveira (2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berger [et al.] (1998)	4	1	0	0	0	0	1	2	0	0	8
Jourdan (2001)	4	0	0	0	0	0	1	4	3	0	12
<b>Total por pólo</b>	24	1	7	2	4	0	23	33	13	0	107

**Quadro II** – Frequências dos pólos da categoria Salutogénico\Patogénico por autor

Autores\Pólos	Salutogénico\Patogénico		Atitude\Tecnicismo		Cidadania\Medicalização		Dinâmico/Estático		Positivo/Negativo		Recurso\Fim		Subjectivo/Objectivo		Total por autor
Baumann (2002)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Halstead (1996)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reiss (1996)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carrondo (2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Reis (2000)	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Ribeiro (1998)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Andrade (1995)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Pestana (1996)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	4
Sousa (1995)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Faria (2001)	0	0	0	0	0	0	1	0	8	0	0	0	0	0	9
Costa e López (1996)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	5
González (1998)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santos (2000c)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Santos (2000d)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Morrondo (2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Moreno, Garcia e Campos (2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Golse (2004)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	5	12
Munck (2004)	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Jourdan [et al.] (2002)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tones (2002)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jones (1998)	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	4
Kiger (1997)	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Pike (1997)	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3

**Quadro II** – Frequências dos pólos da categoria Salutogénico\Patogénico por autor (Continuação)

Autores\Pólos	Salutogénico\ Patogénico		Atitude\ Tecnicismo		Cidadania\ Medicalização		Dinâmico/ Estático		Positivo\ Negativo		Recurso\ Fim		Subjectivo\ Objectivo		Total por autor
Forster (1997)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
O'Keefe (1997)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deccache e Laperche (1998)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3n	3n	7
Naidoo e Willis (1994)	0	0	0	0	3	0	1	0	4	0	0	0	0	0	8
Oliveira (2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berger [et al.] (1998)	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Jourdan (2001)	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
<b>Total por pólo</b>	1	1	1	0	25	0	5	0	27	1	5	0	11	8	85

**Quadro III** – Frequências dos pólos da categoria Holístico\Reduccionístico por autor

Autores\Pólos	Holístico\Reduccionístico		Cíclico\Linear		Coerência\Desarticulação		Multisectorial\Unisectorial		Processos\Actividades		Sistémico\Monocausal		Total por autor
Baumann (2002)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Halstead (1996)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Reiss (1996)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Carrondo (2000)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Reis (2000)	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Ribeiro (1998)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4
Andrade (1995)	1	0	0	0	4	0	2	0	0	0	0	0	7
Pestana (1996)	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5
Sousa (1995)	0	0	0	0	1	0	3	0	4	4	0	0	12
Faria (2001)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	7
Costa e López (1996)	0	0	0	0	2	0	0	0	4	0	0	0	6
González (1998)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3
Santos (2000c)	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	4
Santos (2000d)	0	0	0	0	2	0	2	0	1	0	0	0	5
Morrondo (2000)	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Moreno, Garcia e Campos (2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Golse (2004)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Munck (2004)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jourdan [et al.] (2002)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tones (2002)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jones (1998)	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	5
Kiger (1997)	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Pike (1997)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2

**Quadro III** – Frequências dos pólos da categoria Holístico\Reduccionístico por autor (Continuação)

Autores\Pólos	Holístico\ Reduccionístico		Cíclico\Linear		Coerência\ Desarticulação		Multisectorial\ Unisectorial		Processos\ Actividades		Sistémico\ Monocausal		Total por autor
Forster (1997)	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
O'Keefe (1997)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deccache e Laperche (1998)	0	0	0	0	0	0	4	0	3	0	0	0	7
Naidoo e Willis (1994)	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6
Oliveira (2000)	15	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	22
Berger [et al.] (1998)	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	0	6
Jourdan (2001)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total por pólo</b>	30	0	7	0	18	0	21	0	21	7	9	0	113





**Quadro IV** – Frequências dos pólos da categoria Equidade\Desigualdade por autor (Continuação)

Autores\Pólos	Equidade\Desigualdade		Inclusão\Exclusão		Justiça social\Injustiça		Tolerância\Discriminação		Universalidade\Parcialidade		Total por autor
Forster (1997)	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
O'Keefe (1997)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Deccache e Laperche (1998)	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Naidoo e Willis (1994)	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5
Oliveira (2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berger [et al.] (1998)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jourdan (2001)	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
<b>Total por pólo</b>	64	0	3	0	9	0	10	0	2	0	88



**Quadro V** – Frequências dos pólos da categoria Autonomia\Dependência por autor (Continuação)

Autores\Pólos	Autonomia\ Dependência		Activo\ Passivo		Autocontrolo\ Heterocontrolo		Autocuidado\ Heterocuidado		Capacitação\ Prescrição		Literacia\ Iliteracia		Participação\ Indiferença		Total por autor
Forster (1997)	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	3	0	12
O'Keefe (1997)	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	6
Deccache e Laperche (1998)	8	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	21	0	33
Naidoo e Willis (1994)	5	0	1	0	0	0	1	0	8	0	0	0	4	0	19
Oliveira (2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berger [et al.] (1998)	2	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	9
Jourdan (2001)	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	6
<b>Total por pólo</b>	54	0	23	2	0	0	11	0	43	1	0	0	122	0	256



**Quadro VI** – Frequências dos pólos da categoria Democrático\Autocrático por autor (Continuação)

Autores\Pólos	Democrático\Autocrático		Cooperação\Concordância		Decisão bottom-up\Decisão top-down		Leigo\Especialista		Opção informada\Paternalismo		Opção livre\Coerção		Partilha\Poder absoluto		Total por autor
Forster (1997)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
O'Keefe (1997)	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Deccache e Laperche (1998)	0	0	0	0	0	0	1	1n	0	0	0	0	0	0	2
Naidoo e Willis (1994)	0	0	0	0	1	0	2	0	3		4	0	0	0	10
Oliveira (2000)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berger [et al.] (1998)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jourdan (2001)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
<b>Total por pólo</b>	23	0	2	0	1	0	8	3	14	0	19	1	1	0	72

**Quadro I** – Frequências dos pólos da categoria Social/Individual por Organização

<b>Organização\Pólos</b>	<b>Global\Individual</b>		<b>Mudança social\Mudança individual</b>		<b>Pressão social\ Liberdade de opção</b>		<b>Responsabilidade social\ Responsabilidade individual</b>		<b>Solidariedade\Não solidariedade</b>		<b>Total por org.</b>
<b>Governo</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Ministério da Saúde</b>	5	0	0	0	0	5	5	3	3	0	21
<b>Ministério da Educação</b>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
<b>MCES</b>	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
<b>Ordem dos Enfermeiros</b>	1	0	0	0	0	2	0	2	3	0	8
<b>OMS</b>	12	0	0	0	0	0	27	0	8	0	47
<b>ICN (CIE)</b>	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	4
<b>EU</b>	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
<b>Total por pólo</b>	25	0	2	2	0	7	36	6	14	0	92

**Quadro II** – Frequências dos pólos da categoria Salutogénico\Patogénico por Organização

<b>Organização \Pólos</b>	<b>Salutogénico\ Patogénico</b>		<b>Atitude\ Tecnicismo</b>		<b>Cidadania\ Medicalização</b>		<b>Dinâmico\ Estático</b>		<b>Positivo\ Negativo</b>		<b>Recurso\ Fim</b>		<b>Subjectivo\ Objectivo</b>		<b>Total por org.</b>
<b>Governo</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Ministério da Saúde</b>	3	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
<b>Ministério da Educação</b>	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
<b>MCES</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Ordem dos Enfermeiros</b>	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
<b>OMS</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0	0	0	0	0	6
<b>ICN (CIE)</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
<b>EU</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total por pólo</b>	3	1	0	0	16	0	4	0	7	0	0	0	0	0	31

**Quadro III** – Frequências dos pólos da categoria Holístico\Reduccionístico por Organização

<b>Organização \Pólos</b>	<b>Holístico\Reduccionístico</b>		<b>Cíclico\Linear</b>		<b>Coerência\Desarticulação</b>		<b>Multisectorial\Unisectorial</b>		<b>Processo\Actividades</b>		<b>Sistémico\Monocausal</b>		<b>Total por org.</b>
<b>Governo</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
<b>Ministério da Saúde</b>	5	0	0	0	0	0	38	0	0	0	3	0	46
<b>Ministério da Educação</b>	1	0	0	0	1	0	1	0	5	0	0	0	8
<b>MCES</b>	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
<b>Ordem dos Enfermeiros</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	4
<b>OMS</b>	4	0	0	0	0	0	32	0	6	0	0	0	42
<b>ICN (CIE)</b>	3	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0	9
<b>UE</b>	0	0	0	0	6	0	8	0	1	1	0	0	16
<b>Total por pólo</b>	13	0	0	0	8	0	87	0	15	1	4	0	128



**Quadro IV** – Frequências dos pólos da categoria Equidade\Desigualdade por Organização

<b>Organização \Pólos</b>	<b>Equidade\Desigualdade</b>		<b>Inclusão\Exclusão</b>		<b>Justiça social\Injustiça</b>		<b>Tolerância\Discriminação</b>		<b>Universalidade\Parcialidade</b>		<b>Total por org.</b>
<b>Governo</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Ministério da Saúde</b>	45	0	12	0	2	0	8	0	7	0	74
<b>Ministério da Educação</b>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
<b>MCES</b>	2	0	1	0	2	0	0	0	2	0	7
<b>Ordem dos Enfermeiros</b>	10	0	0	0	3	0	3	0	0	0	16
<b>OMS</b>	80	0	0	0	9	0	0	0	17	0	106
<b>ICN (CIE)</b>	19	0	1	0	0	0	14	0	4	0	38
<b>UE</b>	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
<b>Total por pólo</b>	167	0	14	0	16	0	25	0	30	0	252

**Quadro V –** Frequências dos pólos da categoria Autonomia\Dependência por Organização

<b>Organização \Pólos</b>	<b>Autonomia\Dependência</b>		<b>Activo\Passivo</b>		<b>Autocontrolo\Heterocontrolo</b>		<b>Autocuidado Heterocuidado</b>		<b>Capacitação\Prescrição</b>		<b>Literacia\Iliteracia</b>		<b>Participação\Indiferença</b>		<b>Total por org.</b>
<b>Governo</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Ministério da Saúde</b>	18	0	2	0	6	0	0	0	7	0	1	0	29	0	63
<b>Ministério da Educação</b>	7	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	11
<b>MCES</b>	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	9
<b>Ordem dos Enfermeiros</b>	4	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8
<b>OMS</b>	2	0	6	0	4	0	0	0	39	0	1	0	27	0	79
<b>ICN (CIE)</b>	1	0	5	0	4	0	0	0	5	0	2	0	15	0	32
<b>UE</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7
<b>Total por pólo</b>	35	0	17	0	15	0	1	0	53	0	4	0	84	0	209

**Quadro VI** – Frequências dos pólos da categoria Democrático\Autocrático por Organização

<b>Organização \Pólos</b>	<b>Democrático\Autocrático</b>		<b>Cooperação\Concordância</b>		<b>Decisão bottom-up\Decisão top-down</b>		<b>Leigo\Especialista</b>		<b>Opção informada\Paternalismo</b>		<b>Opção livre\Coerção</b>		<b>Partilha\Poder absoluto</b>		<b>Total por org.</b>
<b>Governo</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Ministério da Saúde</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	6
<b>Ministério da Educação</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
<b>MCES</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Ordem dos Enfermeiros</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>OMS</b>	3	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6
<b>ICN (CIE)</b>	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
<b>UE</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total por pólo</b>	7	0	1	0	1	2	0	0	3	0	4	0	0	0	18

**Quadro I** – Frequências dos pólos da categoria Social/Individual por documento (Programas do CLE)

Documentos\Pólos	Global\Individual		Mudança social\Mudança individual		Pressão social\ Liberdade de opção		Responsabilidade social\ Responsabilidade individual		Solidariedade\Não solidariedade		Total por doc.
<b>Portaria n.º 799-D/99 de 18/09</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Portaria n.º 720/2000 de 5/09</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Plano de Estudos do CLE 04/1999</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
<b>Programas das UC (ESEnfVR)</b>	1	0	0	0	0	1	0	2	3	1	8
<b>Programa Educativo 2002/2006 de 02/2001</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total por pólo</b>	4	0	0	0	0	1	0	2	3	1	11



**Quadro III** – Frequências dos pólos da categoria Holístico\Reducionístico por documento (Programas do CLE)

Documentos\Pólos	Holístico\Reducionístico		Cíclico\Linear		Coerência\Desarticulação		Multisectorial\Unisectorial		Processos\Actividades		Sistémico\Monocausal		Total por doc.
<b>Portaria n.º 799-D/99 de 18/09</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Portaria n.º 720/2000 de 5/09</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Plano de Estudos do CLE 04/1999</b>	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3
<b>Programas das UC (ESEnfVR)</b>	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	8
<b>Programa Educativo 2002/2006 de 02/2001</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	11
<b>Total por pólo</b>	3	0	0	0	0	0	4	0	12	0	3	0	22



**Quadro V** – Frequências dos pólos da categoria Autonomia\Dependência por documento (Programas do CLE)

<b>Documentos\Pólos</b>	<b>Autonomia\Dependência</b>		<b>Activo\Passivo</b>		<b>Autocontrolo\Heterocontrolo</b>		<b>Autocuidado\Heterocuidado</b>		<b>Capacitação\Prescrição</b>		<b>Literacia\Iliteracia</b>		<b>Participação\Indiferença</b>		<b>Total por doc.</b>
<b>Portaria n.º 799-D/99 de 18/09</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Portaria n.º 720/2000 de 5/09</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Plano de Estudos do CLE 04/1999</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>Programas das UC (ESEnfVR)</b>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
<b>Programa Educativo 2002/2006 de 02/2001</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	8
<b>Total por pólo</b>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	12





**Quadro I** – Frequências dos pólos da categoria Social/Individual por documento de Ensino de Saúde Pública

Documento\Pólos	Global\Individual		Mudança social\Mudança individual		Pressão social\ Liberdade de opção		Responsabilidade social\ Responsabilidade individual		Solidariedade\Não solidariedade		Total por doc.
<b>Guia de Orientação de Estágio</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
<b>Guia de Avaliação do Estágio</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Enfermagem e Midwife: Saúde 21</b>	0	0	0	0	0	0	2	3	6	0	11
<b>Programa Contínuo de Formação Profissional em SP</b>	3	0	0	0	0	0	2	2	1	0	8
<b>Guia Orientador para elaboração de Indicadores</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Plano Orientador de Formação 2004/05</b>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. I</b>	0	0	0	0	0	1	3	4	1	0	9
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. II</b>	7	0	0	0	0	2	2	3	1	0	15
<b>Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos CSP</b>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
<b>Total por pólo</b>	12	0	0	0	0	3	10	14	9	0	48

**Quadro II** – Frequências dos pólos da categoria Salutogénico\Patogénico por documento de Ensino de Saúde Pública

Documento\Pólos	Salutogénico\Patogénico		Atitude\Tecnicismo		Cidadania\Medicalização		Dinâmico\Estático		Positivo\Negativo		Recurso\Fim		Subjectivo\Objectivo		Total por doc.
<b>Guia de Orientação de Estágio</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Guia de Avaliação do Estágio</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Enfermagem e Midwife: Saúde 21</b>	79	32	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	126
<b>Programa Contínuo de Formação Profissional em SP</b>	66	21	0	0	1	0	3	0	4	1	0	0	0	0	96
<b>Guia Orientador para elaboração de Indicadores</b>	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
<b>Plano Orientador de Formação 2004/05</b>	7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. I</b>	29	40	0	0	7	0	0	0	5	3	0	0	4	3	91
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. II</b>	76	46	0	0	4	0	0	0	4	0	0	0	3	27	160
<b>Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos CSP</b>	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
<b>Total por pólo</b>	267	143	0	0	27	0	3	0	13	4	0	0	7	30	494

**Quadro III** – Frequências dos pólos da categoria Holístico\Reduccionístico por documento de Ensino de Saúde Pública

Documento\Pólos	Holístico\Reduccionístico		Cíclico\Linear		Coerência\Desarticulação		Multisectorial\Unisectorial		Processos\Actividades		Sistémico\Monocausal		Total por doc.
<b>Guia de Orientação de Estágio</b>	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
<b>Guia de Avaliação do Estágio</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5
<b>Enfermagem e Midwife: Saúde 21</b>	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	11
<b>Programa Contínuo de Formação Profissional em SP</b>	2	0	0	0	0	0	8	0	4	0	0	0	14
<b>Guia Orientador para elaboração de Indicadores</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>Plano Orientador de Formação 2004/05</b>	1	0	0	0	0	0	2	0	5	0	1	0	9
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. I</b>	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	11
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. II</b>	2	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0	20
<b>Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos CSP</b>	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3
<b>Total por pólo</b>	7	0	0	0	0	0	53	0	14	0	3	0	77

**Quadro IV** – Frequências dos pólos da categoria Equidade\Desigualdade por documento de Ensino de Saúde Pública

Documento\Pólos	Equidade\Desigualdade		Inclusão\Exclusão		Justiça social\Injustiça		Tolerância\Discriminação		Universalidade\Parcialidade		Total por doc.
<b>Guia de Orientação de Estágio</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Guia de Avaliação do Estágio</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Enfermagem e Midwife: Saúde 21</b>	20	0	1	0	0	0	0	0	1	0	22
<b>Programa Contínuo de Formação Profissional em SP</b>	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
<b>Guia Orientador para elaboração de Indicadores</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Plano Orientador de Formação 2004/05</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. I</b>	8	0	7	0	1	0	0	0	4	0	20
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. II</b>	13	0	6	0	0	0	1	0	3	0	23
<b>Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos CSP</b>	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
<b>Total por pólo</b>	55	0	14	0	1	0	1	0	8	0	79

**Quadro V** – Frequências dos pólos da categoria Autonomia\Dependência por documento de Ensino de Saúde Pública

Documento\Pólos	Autonomia\Dependência		Activo\Passivo		Autocontrolo\Heterocontrolo		Autocuidado\Heterocuidado		Capacitação\Prescrição		Literacia\Iliteracia		Participação\Indiferença		Total por doc.
<b>Guia de Orientação de Estágio</b>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4
<b>Guia de Avaliação do Estágio</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Enfermagem e Midwife: Saúde 21</b>	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	8
<b>Programa Contínuo de Formação Profissional em SP</b>	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	12
<b>Guia Orientador para elaboração de Indicadores</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	8
<b>Plano Orientador de Formação 2004/05</b>	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. I</b>	1	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	0	15
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. II</b>	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	13	0	19
<b>Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos CSP</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	14	0	17
<b>Total por pólo</b>	9	0	7	0	4	0	0	0	5	0	0	0	62	0	87

**Quadro VI –** Frequências dos pólos da categoria Democrático\Autocrático por documento de Ensino de Saúde Pública

Documento\Pólos	Democrático\Autocrático		Cooperação\Concordância		Decisão bottom-up\Decisão top-down		Leigo\Especialista		Opção informada\Paternalismo		Opção livre\Coerção		Partilha\Poder absoluto		Total por doc.
<b>Guia de Orientação de Estágio</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Guia de Avaliação do Estágio</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Enfermagem e Midwife: Saúde 21</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Programa Contínuo de Formação Profissional em SP</b>	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
<b>Guia Orientador para elaboração de Indicadores</b>	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Plano Orientador de Formação 2004/05</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. I</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
<b>Plano Nacional de Saúde: Vol. II</b>	0	0	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6
<b>Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos CSP</b>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	3
<b>Total por pólo</b>	1	0	11	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	17





**ANEXO II**

Guião de entrevista aplicada aos docentes

# **GUIÃO DE ENTREVISTA**

CONCEITOS E VALORES IMPLÍCITOS  
NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

ELABORADO POR: AMÂNCIO CARVALHO

UNIVERSIDADE DO MINHO  
INSTITUTO DE ESTUDOS DA CRIANÇA  
DOUTORAMENTO EM ESTUDOS DA CRIANÇA

SETEMBRO DE 2004

## Guião de entrevista

### A – Actividade docente

1. Há quanto tempo é docente de enfermagem?
- 2.1. Que conteúdos já leccionou na área da Saúde Pública?
  - Saúde Escolar, Promoção da Saúde/Educação para a Saúde
- 2.2. Que conteúdos lecciona agora na mesma área?

### B – Conceitos e valores na área da Promoção/Educação para a Saúde

- 3.1. O que é para si “**Saúde**”?
  - Dimensões relativas ao ser humano, que devem ser consideradas quando se fala em saúde?
- 3.2. E o que é para si “**Doença**”?
- 4.1. O que é para si a “**Saúde Pública**”?
  - Quais as principais actividades que o enfermeiro pode desenvolver neste âmbito?
- 5.1. O que é para si a “**Saúde Escolar**”?
  - Refira as principais actividades que o enfermeiro pode desenvolver neste âmbito?
- 6.1. O que é para si a “**Saúde Infantil**”?
  - Quais as principais actividades que o enfermeiro pode desenvolver nesta área?
  - Quais as principais diferenças entre **Saúde Escolar** e **Saúde Infantil**?
- 7.1. Na sua opinião existe diferença entre **Promoção da Saúde e Educação para a Saúde**?
  - 7.2.1. Se **Sim**, o que entende por cada um dos conceitos?
  - 7.2.2. Se **Não**, o que é que significam para si a Promoção/Educação para a Saúde?
- 8.1. A Promoção/Educação para a Saúde têm **valores a promover**?
  - 8.2. Se sim, quais são esses valores?
  - 8.3. Que valores considera mais importantes?
    - E os menos importantes?
  - 8.4. Costuma avaliar os alunos pelas suas atitudes e valores?
  - 8.5. Se **Sim**, que valores considera quando avalia os seus alunos?

9.1. Na sua formação académica e profissional foi abordada a temática dos **valores** em Promoção/Educação para a Saúde?

9.2. Se **Sim**, em que formação e unidades curriculares?

10.1. Na sua opinião a temática dos **valores** deve ser abordada de forma **formal** ou **informal**?

- Em que contextos? Que estratégias?

\* Aulas devidamente planeadas?

\* À medida dos acontecimentos, em situações inesperadas?

[Agora vou colocar algumas perguntas mais específicas relacionadas com o estudo que vou realizar. Poderá ter necessidade de maior reflexão para responder]

11.1. Na sua **actividade de ensino** procura trabalhar os seguintes **valores** no âmbito da Promoção/Educação para a Saúde:

- **Social** versus **Individual**

- Dê exemplos onde esses valores estejam em causa.

- **Salutogénico** versus **Patogénico**

- O que considera ser salutogénico e patogénico?

- **Holístico** versus **Reduccionista**

- Que intervenções de enfermagem neste âmbito considera serem de foro holístico e, no outro extremo, reducionistas?

- **Equidade** versus **Desigualdade**

- Dê exemplos de situações que revelem equidade e, outras de desigualdade.

- **Autonomia** versus **Dependência**

- Refira intervenções de enfermagem que contribuam para a autonomia dos clientes e, por outro lado, que provoquem dependência.

- **Democrático** versus **Autocrático**

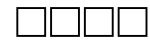
- Dê exemplos de situações na área da saúde em que estejam em causa estes valores.

12. Existe algo mais que queira dizer acerca deste assunto que não lhe tenha perguntado?

**ANEXO III**

Versão definitiva do questionário aplicado aos alunos

## QUESTIONÁRIO



CONCEITOS E VALORES IMPLÍCITOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE  
E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Doutoramento em Estudos da Criança

Instituto de Estudos da Criança

Universidade do Minho

Investigador: Amâncio Carvalho

Docente da Escola Superior de  
Enfermagem de Vila Real

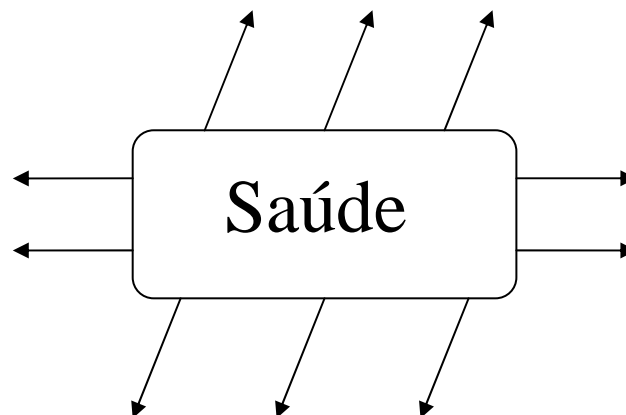
Lugar do Tojal – Lordelo

5000 – 232 Vila Real

- *Este questionário é anónimo e confidencial;*
- *Por favor não deixe nenhuma questão por responder, pois deixará de ter interesse para o estudo;*
- *Tenha em atenção o **número de respostas** que poderá/deverá dar nas perguntas de escolha múltipla;*
- *Lembro que não há respostas certas, nem erradas, a sua própria opinião é que é importante;*
- *Desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração sem as quais o estudo seria inviável.*

### A – CONCEITOS E VALORES

1. Escreva na extremidade de cada raio uma palavra ou curta expressão que lhe venha espontaneamente à ideia quando ouve o termo “Saúde”.



8

2. Tendo em conta o seu conceito de **Saúde** coloque por ordem de importância cada uma das quatro frases de cada caixa. [Utilize **1** para a frase que considere **mais** importante; **2** para a **2ª** mais importante; **3** para a **3ª** mais importante e **4** para a **menos** importante]

Não ter nenhuma doença	
Desfrutar bem-estar físico, mental e social	
Quase nunca tomar medicamentos	
Estar em paz consigo e com os outros	

A separação entre saúde e doença é absoluta	
Realização das tarefas diárias	
Uma pessoa ou tem saúde ou está doente	
Existem diferentes graus de saúde e de doença	

3. Tendo em conta o seu conceito de **Saúde Pública** coloque por ordem de importância cada uma das quatro frases da caixa. [Utilize **1** para a **mais** importante; **2** para a **2ª** mais importante; **3** para a **3ª** mais importante e **4** para a **menos** importante]

Protege as pessoas individuais e as famílias	
Faz a ligação entre o estado de saúde e o comportamento individual	
Protege as populações	
Faz a ligação entre o estado de saúde e o ambiente	

===== // // =====

Apresentam-se de seguida diversos pares de afirmações. Poderá possivelmente concordar com ambas as afirmações de cada par, mas p.f. escolha com X  aquela (**uma e só uma**) com que **mais** concorda:

4.1. Para melhorar a saúde das populações sugere actuar prioritariamente a nível:

- Comunitário, porque o comportamento dos indivíduos é influenciado pelo contexto social
- Individual, porque cada pessoa é que decide, por si só, o seu estilo de vida

4.2. Em Promoção da Saúde o objectivo deveria ser:

- Mudar o comportamento individual, porque o estilo de vida reflecte-se no nível de vida das pessoas
- Mudar o ambiente sócio-económico para facilitar as escolhas saudáveis

4.3. No que se refere ao consumo de tabaco:

- A iniciação e a manutenção do acto de fumar são influenciadas pela pressão ambiental
- Fumar é uma opção individual e livre de uma pessoa

4.4. A responsabilidade pela saúde deve ser:

- Individual, porque cada pessoa determina a sua própria saúde
- Colectiva, porque a sociedade tem responsabilidade na protecção da saúde das pessoas

4.5. Para que todas as pessoas tenham um bom nível de saúde:

- É necessário existir uma sociedade solidária
- O empenho dos profissionais de saúde, só por si, é suficiente

(Continue a escolher uma, e só uma, afirmação por cada par)

- 5.1. Para aumentar os ganhos em saúde deve-se:
- Prevenir e tratar as principais causas de mortalidade/morbilidade
  - Promover estilos de vida saudáveis
- 5.2. O estado de saúde de uma pessoa com uma doença grave depende:
- Da utilização de meios de diagnóstico e tratamento avançados
  - Da atitude e capacidade do próprio doente para enfrentar a doença
- 5.3. Um doente terminal internado deseja muito ter alta:
- Deve ser respeitada a vontade do doente
  - Deve ser o médico a decidir se pode ter alta
- 5.4. No que diz respeito à saúde:
- Existem diferentes graus de saúde ao longo de um continuum saúde/doença
  - A pessoa ou é saudável ou é doente
- 5.5. Ser saudável:
- Tem, principalmente, a ver com o bem-estar
  - Implica não estar afectado por nenhuma doença
- 5.6. A saúde deve ser considerada:
- Um recurso que deve estar ao alcance de todos
  - Uma meta em si mesma a atingir por todos
- 5.7. Estar doente significa:
- Sentir que algo está mal no seu organismo
  - Ter uma doença perfeitamente diagnosticada
- ===== // // =====
- 6.1. No que se refere às causas das doenças:
- Existe um conjunto de factores que desencadeia a doença
  - Cada doença tem uma causa que é preciso identificar
- 6.2. Como resultado das intervenções de Educação para a Saúde sobre alimentação:
- O importante é que cada jovem saiba escolher os alimentos mais saudáveis
  - O importante é que o bar da escola disponibilize alimentos saudáveis
- 6.3. A efectivação de um elevado nível de saúde:
- É da responsabilidade do sector da saúde
  - Exige uma acção coordenada de todos os sectores (económico, autarquias, etc.)
- 6.4. A Educação para a Saúde deve ser vista:
- Como um conjunto de actividades de transmissão de informação sobre saúde
  - Como um processo educativo que ajuda as pessoas a desenvolver as suas capacidades
- 6.5. No que se refere à causalidade das doenças:
- Cada doença tem o seu factor de risco
  - Para desencadear uma doença podem contribuir vários factores de risco



7.1. Assinale com um X a imagem que melhor representa para si a noção de saúde:



Fig. 1

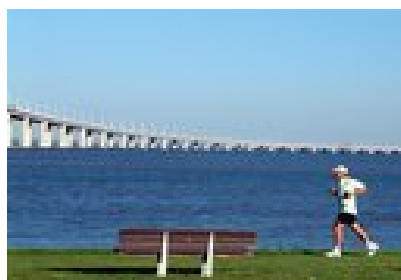


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

7.2. Indique com um ou dois termos, que aspecto da saúde é ilustrado pela figura que seleccionou: \_\_\_\_\_

8. Tendo em conta o seu conceito de **Saúde Escolar** coloque por ordem de importância cada uma das seguintes frases na caixa? [Utilize **1** para a que ache **mais** importante; **2** para a **2ª** mais importante; **3** para a **3ª** mais importante e **4** para a **menos** importante]

Conjunto de actividades de Saúde Oral	
O alvo das actividades devem ser as crianças	
Conjunto de actividades sistemáticas para melhorar o nível de saúde das crianças em idade escolar	
O alvo das actividades devem ser as crianças, o grupo e o ambiente	

9. Para si os termos Promoção da Saúde e Educação para a Saúde são diferentes?

Não  [Passe à questão 9.2] Sim

9.1. Se sim, refira sucintamente em que consiste essa diferença.

---



---

9.2. Coloque por ordem de importância cada uma das seguintes frases no âmbito da Promoção da Saúde (PrS) e Educação para a Saúde (EpS) nas duas caixas de texto. [1 para a **mais** importante; 2 para a 2ª mais importante; 3 para a 3ª mais importante e 4 para a **menos** importante]

Conjunto de actividades destinadas a evitar o aparecimento da doença	
Processo que visa criar condições para que as pessoas controlem a sua saúde	
É uma estratégia de prevenção e defesa das pessoas	
Visa desenvolver as capacidades das pessoas estimulando a sua participação	

Actividade de transmissão de conhecimentos	
Processo de aprendizagem que procura trabalhar conhecimentos, atitudes, valores e competências	
Actividade feita para as pessoas para lhes mudar os comportamentos não saudáveis	
Processo interactivo feito com as pessoas para lhes facilitar a adopção de comportamentos saudáveis	

9.3. Para cada frase, assinale com um X na coluna da Promoção da Saúde (PrS) ou na coluna da Educação para a Saúde (EpS), ou em ambas (PrS e EpS), se para si, a frase se enquadra mais, respectivamente, na PrS, na EpS, ou em ambas.

PrS EpS

Processo que visa criar condições para que as pessoas controlem a sua saúde		
Processo de aprendizagem que procura trabalhar conhecimentos, atitudes, valores e competências		
Visa desenvolver as capacidades das pessoas estimulando a sua participação		
Processo interactivo feito com as pessoas para lhes facilitar a adopção de comportamentos saudáveis		

===== // // =====

Poderá possivelmente concordar com ambas as afirmações de cada par de frases que se seguem, mas p.f. escolha com X  aquela (**uma e só uma**) com que **mais** concorda:

10.1. A acessibilidade aos serviços de saúde deve:

- Ser igual para todas as pessoas
- Ter em conta o tipo de sistema de que a pessoa beneficia (ADSE, Segurança Social, etc.)

10.2. Os doentes do foro mental devem:

- Ser tratados em hospitais especializados só para doentes mentais
- Ser inseridos na comunidade e tratados em hospitais gerais

10.3. As contribuições para o sistema de saúde devem:

- Ter em conta os rendimentos de cada família, apelando à justiça social
- Ser iguais para todas as famílias, uma vez que todos utilizam os serviços de saúde

10.4. As crianças seropositivas do VIH (portadoras do vírus da SIDA):

- Devem deixar as escolas do Ensino Público, para não contaminarem as outras crianças
- Devem manter-se nas escolas do Ensino Público para não sentirem a discriminação

10.5. O Sistema Nacional de Saúde deve:

- Abranger todas as pessoas
- Abranger aqueles que fazem descontos para qualquer regime de protecção

===== // // =====

(Continue a escolher uma, e só uma, afirmação por cada par)

12

11.1. A Educação para a Saúde pretende:

- Consciencializar os utentes para recorrerem aos profissionais em qualquer situação relacionada com a saúde
- Ajudar os utentes a gerir as situações de doença e a saber em que situações recorrer aos serviços de saúde

11.2. No que diz respeito ao tratamento das doenças:

- O utente tem um papel importante a desempenhar para a sua cura
- O papel do utente é seguir o tratamento prescrito e não se preocupar muito com a doença

11.3. Em questões de controlo da saúde pública:

- A população deve controlar a sua saúde
- O controlo da saúde das populações cabe aos profissionais de saúde

11.4. No que diz respeito a uma pessoa dependente o profissional de saúde deve:

- Ajudar a pessoa sempre que esta solicite
- Ajudar apenas nas tarefas que a pessoa não tenha capacidades para realizar

11.5. O papel da Educação para a Saúde é:

- Capacitar as pessoas a tomar decisões responsáveis
- Persuadir as pessoas a cumprir os conselhos dos profissionais de saúde

11.6. No contexto da Educação para a Saúde:

- A literacia/educação das pessoas é uma ferramenta importante na melhoria do nível de saúde das populações
- A literacia não tem qualquer influência na saúde das pessoas

11.7. Para a melhoria dos cuidados de saúde:

- A participação comunitária não constitui uma ajuda efectiva
- A participação comunitária é um dos instrumentos fundamentais

===== // // =====

12.1. Doente e médico discordam acerca do momento da alta hospitalar:

- O médico deve negociar com o doente de modo a que este se sinta parte do processo
- O médico deve impor a sua vontade, demonstrando a sua autoridade

12.2. Em Educação para a Saúde o principal objectivo deve ser:

- Assegurar que o utente/cliente concorde com o programa definido pelo educador
- Capacitar o utente/cliente a colocar uma opção em acção, cooperando com o educador

12.3. Nas intervenções de Educação para a Saúde:

- Quem decide as temáticas e as estratégias devem ser os promotores da saúde, porque eles é que sabem o que deve ser feito
- O grupo alvo deve participar na definição das temáticas, uma vez que conhece bem os problemas que o afectam

(Continue a escolher uma, e só uma, afirmação por cada par)

12.4. Em matéria de diagnósticos de saúde:

- Cabe ao especialista identificar os problemas de saúde
- O leigo pode participar na identificação do problema de saúde

12.5. Perante problemas de saúde:

- Cabe aos utentes tomar decisões depois de convenientemente informados
- Cabe aos profissionais de saúde tomarem as decisões, porque eles é que sabem o que é melhor para os utentes

12.6. No que se refere aos princípios da Educação para a Saúde:

- Os educadores devem exercer pressão para mudar os comportamentos dos indivíduos desde que tenham a certeza que essa alteração é benéfica
- Depois de convenientemente informados os indivíduos devem optar livremente por determinada decisão

12.7. As tomadas de decisão relativamente à saúde das populações:

- Devem ser partilhadas com as próprias populações
- Devem ser tomadas pelos profissionais de saúde sob o risco de se cair na anarquia

===== // // =====

13.1. Já realizou algum tipo de experiência prática (Ensinos Clínicos, Estágios, Prática Pedagógica, etc.)?

Não  [Passe à questão 14] Sim

13.2. No decorrer da experiência prática (Ensinos Clínicos, Estágios, Prática Pedagógica, etc.)

realizou actividades de Educação para a Saúde? [Seleccione apenas **uma** opção].

Sempre  Muitas vezes  Às vezes  Raramente  Nunca

13.3. Se sim, que tipo de actividades desenvolveu neste ano lectivo?

[Seleccione as opções necessárias]

- Actividades na área do Planeamento Familiar
- Actividades na área da Saúde Materna
- Actividades na área da Saúde Infantil
- Actividades na área da Saúde Escolar
- Actividades na área da Saúde do Adulto
- Actividades na área da Saúde do Idoso
- Outra (s)  Qual ou quais? \_\_\_\_\_

14. A Educação para a Saúde tem valores a promover?

Não  Sim

14.1. Se sim, indique esses valores: \_\_\_\_\_

---



---



---

===== // // =====

15. Assinale obrigatoriamente um e **um só** quadradinho por linha. Por exemplo se considera que a Educação para a Saúde é útil, coloque a cruz mais do lado do Útil.

### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inútil
Não importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Importante
Objectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Subjectiva
Má	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boa
Compreensível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incompreensível
Desagradável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agradável
Interessante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desinteressante
Culpabilizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tolerante
Salutogénica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patogénica
Literacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iliteracia
Ineficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eficaz
Limitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ilimitada
Clarificadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não clarificadora
Não prescritiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prescritiva
Autocrática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Democrática
Realista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingénua
Reducionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Holística
Global	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Individual
Acrítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crítica
Consistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconsistente
Interactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unidireccional
Ocasional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistemática
Intencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não intencional
Informal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formal
Planeada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não planeada
Conservadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inovadora
Processo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actividade
Não participativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participativa
Rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lenta
Multidisciplinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unidisciplinar

### B – DADOS PESSOAIS

16. Sexo:                    Feminino     Masculino
17. Idade:    \_\_\_ \_\_\_ Anos
18. A área de residência onde viveu a maior parte da sua infância é:  
 Cidade       Vila       Freguesia       Lugar
19. Já frequentou as seguintes disciplinas:                    SIM    NÃO
- |                     |                          |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enfermagem I        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psicologia da saúde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermagem III      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

[Assinale **um só** quadrado entre os seguintes pólos]

- 20.1. Grau de crença em Deus:  
 Crê em Deus  Não crê em Deus
- 20.2. Quanto à prática religiosa, considera-se:  
 Muito praticante  Nada praticante
- 20.3. Professa alguma religião?    SIM      NÃO  
                          Se Sim, qual? \_\_\_\_\_
- 20.4. Em relação à tendência política, considera-se de:  
 Extrema esquerda  Extrema direita
- 21.1. Profissão do pai? \_\_\_\_\_  
 [Caso o seu pai tenha falecido, desconheça a sua profissão ou esteja reformado, refira-o no mesmo espaço. Se tiver falecido passe à questão **22.1.**]
- 21.2. Escolaridade do pai:
- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Até 6 anos de escolaridade .....                              | <input type="checkbox"/> |
| De 6 a 12 anos de escolaridade .....                          | <input type="checkbox"/> |
| Mais do que 12 anos de escolaridade (Cursos superiores) ..... | <input type="checkbox"/> |
- 22.1. Profissão da mãe? \_\_\_\_\_  
 [Caso a sua mãe tenha falecido, desconheça a sua profissão ou esteja reformada, refira-o no mesmo espaço. Se tiver falecido não responda à questão **22.2.**]
- 22.2. Escolaridade da mãe:
- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Até 6 anos de escolaridade .....                              | <input type="checkbox"/> |
| De 6 a 12 anos de escolaridade .....                          | <input type="checkbox"/> |
| Mais do que 12 anos de escolaridade (Cursos superiores) ..... | <input type="checkbox"/> |

Muito obrigado pela colaboração

**ANEXO IV**

Comprovativo das autorizações para proceder à recolha de dados nos estabelecimentos  
de ensino



Universidade Católica Portuguesa  
Centro Regional de Braga  
Faculdade de Ciências Sociais

Braga, 2004-10-04

Exmo Senhor  
Prof. Amâncio Carvalho  
Escola Superior de Enfermagem de Vila Real  
Lugar do Tojal – Lordelo  
5000-232 Vila Real

Em resposta à solicitação que nos dirigiu, junto se enviam 103 questionários, devidamente preenchidos. No universo de alunos que totaliza os 124 (69 do primeiro ano e 55 do quarto), houve uma adesão de 83% (58 do primeiro ano e 45 do quarto).

A promoção e educação para a saúde são temas transversais, e de natureza interdisciplinar, na formação em Serviço Social e por isso versados, directa, ou indirectamente, em várias áreas disciplinares. Essencialmente, procura-se fornecer aos futuros assistentes sociais instrumentos teóricos e práticos aprofundados, para uma intervenção promotora do bem estar e da qualidade de vida dos indivíduos e, bem assim, promotora do bem estar das comunidades. Destacam-se, neste âmbito, as disciplinas Observatório I e II (1º ano), Laboratório I e II (2º ano), Políticas Sociais (3º ano) e Estágio e Seminário de Estágio (do 3º e 4º ano).

Para qualquer informação, ou colaboração adicional, poderá contactar a professora Manuela Coutinho, coordenadora da licenciatura em apreço.

Com os melhores cumprimentos

(Prof. Doutora Manuela Coutinho)





Escola Superior de Enfermagem  
de Calouste Gulbenkian

EXMº SENHOR  
PROF. AMÂNCIO ANTÓNIO DE SOUSA CARVALHO  
DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM VILA REAL  
LUGAR DO TOJAL  
5000-232 LORDELO VILA REAL

NOSSA REFERÊNCIA		VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º	Data	Ofício n.º	Data
Processo : 4.2..	04/08/10	Processo :	

ASSUNTO : 0-00535

Conforme pedido solicitado por Vª Exª, informamos que o número de alunos é 72 e 35 do 1º ano e 4º ano, respectivamente.

Mais informamos que a pessoa de referência é a Profª Maria Filomena Pereira Gomes.

Com os melhores cumprimentos.

A Vice Presidente do Conselho Directivo

*Beatriz Rodrigues Araújo*  
(Beatriz Rodrigues Araújo)

LM/MS



Escola Superior de Enfermagem de S. João \*

Ex.mo Senhor  
AMÂNCIO ANTÓNIO DE SOUSA CARVALHO  
Escola Superior de Enfermagem de Vila Real  
Lugar do Tojal - Lordelo  
5000-232 VILA REAL

V/ Ref.:

Data

N/ Ref.:

30. SET. 2004-001154

Assunto: APLICAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO AOS ALUNOS DO 1.º E 4.º ANO DO CLE

Em resposta ao pedido de V. Ex.a, relativo à aplicação de um questionário aos alunos do 1.º e 4.º ano do Curso de Licenciatura de Enfermagem desta Escola, informamos que o mesmo foi autorizado, devendo para efeito contactar a Professora Teresa Loureiro da Nazaré, Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Mais se informa que o número de alunos inscritos para o ano lectivo de 2004/2005 no 1.º ano do CLE é de 146 alunos e no 4.º ano do CLE é de 117 alunos..

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Directivo,

(Paulo José Parente Gonçalves)

OB