

# **Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde**

**Amâncio Carvalho**

Escola Superior de Enfermagem de Vila Real-UTAD; LIBEC-CIFPEC, UM

**Graça Simões de Carvalho**

LIBEC-CIFPEC, Universidade do Minho

## **Resumo**

*A presente comunicação – que emerge de um estudo mais vasto no âmbito de uma tese de doutoramento que se baseia no modelo de transposição didáctica externa e interna na formação de enfermeiros – apresenta o desenvolvimento da construção de um quadro de referência de valores em Promoção da Saúde / Educação para a Saúde relativo à transposição didáctica externa.*

*Num primeiro passo procedeu-se à análise de modelos de PrS/EpS em publicações nacionais e internacionais para identificar os eixos de valores provisórios em PrS/EpS, tendo-se procedido à sua categorização. Estas categorias foram depois agrupadas em seis grandes eixos: Social/Individual, Salutogénico/Patogénico, Holístico/Reduccionístico, Equidade/Desigualdade, Autonomia/Dependência e Democrático/Autocrático. Cada eixo ficou caracterizado por 4 a 6 pólos de valores.*

*De seguida seleccionaram-se publicações de autores portugueses e estrangeiros bem como documentos relevantes de organismos nacionais e internacionais do sector da saúde e da educação que foram submetidos a análise de conteúdo, utilizando como categorias e sub-categorias os eixos e pólos já definidos. Verificou-se a frequência de cada eixo e pólo nos diversos textos, tendo-se construído quadros de frequências das categorias de valores por autor e por organização.*

## **1. Introdução**

O conceito de Saúde e outros conceitos que lhe estão associados, como o conceito de Promoção da Saúde (PrS) e Educação para a Saúde (EpS), têm vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos. Por outro lado existe também uma imensa variação interpessoal no que diz respeito a estes conceitos, pelo que por exemplo “ser saudável” tem diferente significado para diferentes pessoas. Da mesma forma uma mesma pessoa ao longo da sua vida vai também modificando o seu próprio conceito de saúde e de “ser saudável”. De facto, as ideias acerca de saúde são moldadas pelas experiências de vida, conhecimento, valores e expectativas (Ewles e Simnett, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu na Carta de Ottawa (1986), que a PrS é “O processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la”. Por sua vez, Tones e Tilford (1994) distinguem e relacionam os dois termos, “PrS” e “EpS”, através de uma fórmula:  $PrS = EpS \times Política\ de\ Saúde$ , considerando a PrS como uma entidade mais lata do que a EpS.

Uma conceptualização de EpS bem aceite actualmente é a proposta por Tones e Tilford (1994:11): “Educação para a saúde é 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 incorpora 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).

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 sociocultural, pela sua capacidade para satisfazer necessidades pessoais e sociais” e Downie, Tannahill e Tannahill (2000:158), como “Preferências que expressam atitudes e afectam atitudes”. Referem, ainda, que os valores são acompanhados por sentimentos de aprovação ou desaprovação.

Subjacentes às práticas de EpS, estão os modelos, que servem como guias de orientação em todo o processo. De acordo com Moreno, García e Campos (2000), no desenvolvimento da EpS podem observar-se três gerações, em paralelo com as alterações sociopolíticas e a evolução dos factores de risco.

A primeira geração denominada “EpS informativa” considera que os hábitos e comportamentos não saudáveis têm origem na falta de informação. Inspira-se no modelo médico de saúde e é orientada, fundamentalmente, para a prevenção e tratamento da doença, sob a forma de prescrições e recomendações (Santos, 2000).

A segunda geração proposta por Moreno, García e Campos (2000), considera uma EpS “centrada no comportamento”. O seu objectivo é obter comportamentos saudáveis e a informação é, apenas, um elo do processo. A saúde, neste foco, é considerada resultante do comportamento do indivíduo, determinado por estímulos do meio onde está inserido.

Por último, a terceira geração de EpS designada “EpS crítica”, emergiu lentamente, ante as insuficiências das abordagens anteriores, propõe alternativas de mudanças sociais, ligando a morbimortalidade à estrutura económica, e tenta reduzir as desigualdades e potenciar a participação comunitária.

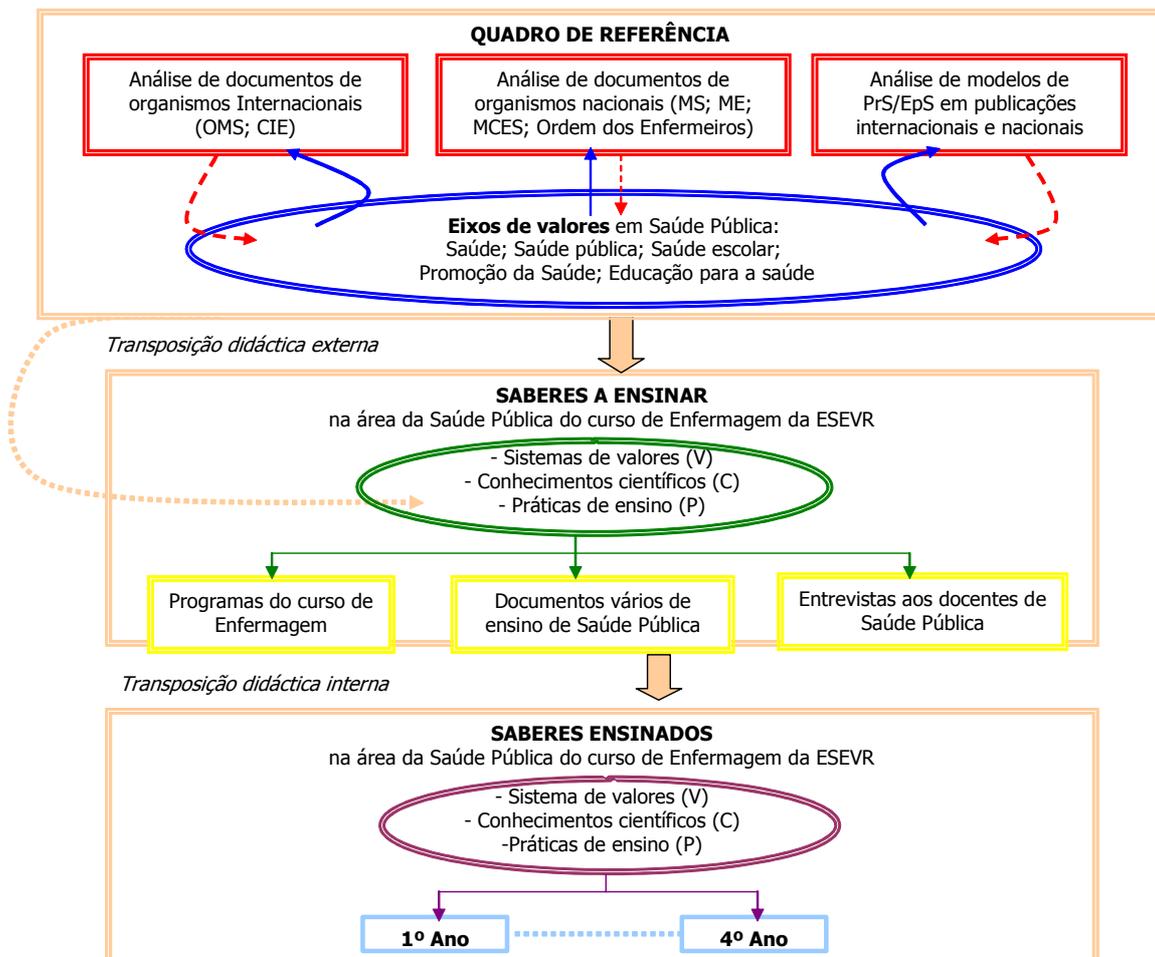
As abordagens/modelos de PrS/EpS que se apresentam a seguir podem encaixar-se nas gerações atrás descritas de acordo com os seus pressupostos e valores. Ewles e Simnett (1999), apresentam uma classificação com cinco tipos de abordagens:

- i) Abordagem médica – pretende promover a intervenção médica para prevenir a doença ou melhorar a saúde. Assenta no conformismo dos utentes/doentes com os procedimentos médicos;
- ii) Mudança de comportamento – procura trabalhar as atitudes para obter uma mudança de comportamento, encorajando a adopção de estilos de vida saudáveis. Os estilos de vida saudáveis são definidos pelo educador/promotor;
- iii) Educacional – 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) Centrada no cliente – trabalha com questões de saúde, escolhas e actividades com as quais os clientes se identificam. Procura capacitar o cliente. Este é visto como um parceiro do processo em plano de igualdade, com o direito de estabelecer a agenda das actividades. Baseia-se na autocapacitação das pessoas;
- v) Mudança social – assenta na acção política e social para mudar o ambiente físico/social a fim de facilitar as escolhas saudáveis aos clientes e as mudanças individuais. Os seus valores são o direito e a necessidade de tornar o ambiente mais saudável.

Inerente a cada uma das abordagens/modelos de PrS/EpS estão as concepções de saúde, os princípios e valores, implícitos às actividades e que nos permitem caracterizá-las numa ou noutra abordagem. Por sua vez, as práticas expressam as concepções de quem as desenvolve, uma vez que as ideias acerca de saúde são moldadas pelas experiências de vida, conhecimento, valores e expectativas (Ewles e Simnett, 1999). Nesta linha de pensamento Clément (1998), refere que as concepções dos alunos (C) são função dos seus conhecimentos (K), dos seus sistemas de valores (V) e das suas práticas sociais (P).

É neste âmbito que surge a problemática do estudo, que se baseia no modelo de transposição didáctica proposto por Clément e Cheiko (2001) e que se compõe de duas fases: a transposição didáctica externa e a transposição didáctica interna. A presente comunicação que emerge deste estudo apresenta os passos da construção de um conjunto de eixos de

valores em PrS/EpS, relativos à transposição didáctica externa, que engloba ainda a análise de Planos de Estudo do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), documentos de ensino de Saúde Pública e entrevistas aos docentes da área de saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (ESEVR) (Saberes a ensinar), que constituem, respectivamente, o módulo I e II (Fig. 1).



**Fig. 1** – Plano esquemático da investigação

Para a análise da transposição didáctica interna, relacionar-se-ão os dados obtidos sobre os “Saberes a ensinar” com os dados sobre os “Saberes ensinados” a obter através da aplicação de um questionário aos alunos do 1º ano e 4º ano do CLE da ESEVR e, para comparação, de outros cursos do Ensino Superior, o que constitui o módulo III. Pretende-se com este estudo caracterizar os conhecimentos, valores e práticas desenvolvidas no âmbito da PrS/EpS, a fim de compreender as coerências e incoerências entre os saberes a ensinar e os saberes ensinados.

Na presente comunicação apresentam-se os dados resultantes da análise de modelos de PrS/EpS em publicações nacionais e internacionais que permitiram identificar os eixos de valores em PrS/EpS e que constituirão a base do estudo subsequente.

## **2. Metodologia**

Num primeiro passo procedeu-se à análise de modelos de PrS/EpS em publicações nacionais e internacionais. Analisamos 28 livros e 26 artigos, tendo-se procedido à categorização dos valores em PrS/EpS. De seguida agruparam-se os valores em seis grandes eixos, que constituem o conjunto de eixos provisórios de valores em PrS/EpS.

Posteriormente seleccionámos 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.

A bibliografia seleccionada foi submetida a análise de conteúdo com base nas categorias de eixos de valores provisórios já definidos, tendo-se verificado a frequência de cada eixo e o pólo em que o autor se enquadrava. Posteriormente a análise de conteúdo foi expandida a outros autores. De seguida construiu-se um quadro de frequências dos pólos de cada eixo de valores por autor e um quadro resumo das frequências dos eixos por autor.

Após este passo teve lugar a análise de documentos dos principais organismos nacionais e internacionais do sector da saúde e da educação, tendo como referência as mesmas categorias de eixos de valores, seguida da contabilização da frequência de cada eixo e dos pólos para que pendia cada organização. Procedeu-se, também, à construção de um quadro de frequências dos pólos de cada eixo de valores por organização e de um quadro resumo das frequências dos eixos. Estes eixos provisórios de valores serviram de matriz à elaboração do questionário e entrevista semi-estruturada (Amado, 2000).

## **3. Resultados**

Foram identificados seis grandes eixos valores: social/Individual, Salutogénico/Patogénico, Holístico/Reduccionístico, Equidade/Desigualdade, Autonomia/Dependência e Democrático/Autocrático. Inicialmente cada eixo possuía 5 a 12 pólos de valores, que depois foram reagrupados, tendo surgido a versão definitiva dos eixos de valores (**Quadro I**).

### Quadro I – Eixos definitivos de valores em PrS/EpS

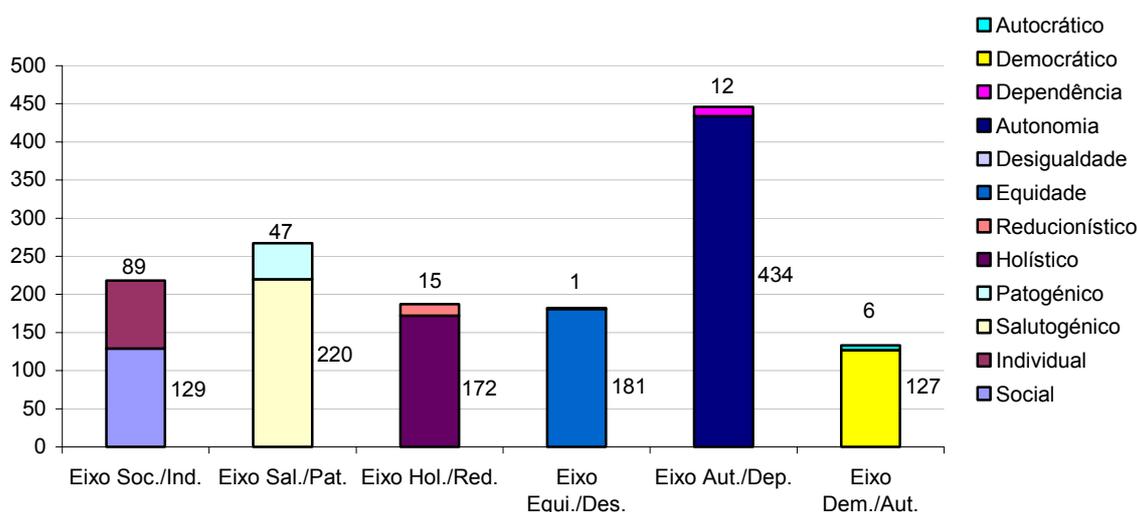
<b>Categorias/Eixos</b>	<b>Subcategorias/Pólos</b>
<b>1. Social/Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Global/Individual</li> <li>• Mudança social/Mudança individual</li> <li>• Pressão social/Liberdade de opção</li> <li>• Responsabilidade social/Responsabilidade individual</li> <li>• 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>• Autocuidado/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> <li>• Opção livre/Coerção</li> <li>• Partilha/Poder absoluto</li> </ul>

#### 3.1. Frequência dos eixos de valores por autor

A categoria de valores em PrS/EpS por autor com maior frequência é o eixo da “Autonomia/Dependência”, que emerge 434 vezes, seguido pelo eixo “Salutogénico/Patogénico” com 220 referências. A categoria com menor frequência é o eixo “Democrático/Autocrático” com 127 vezes, logo seguido pelo eixo “Social/Individual” com 129 referências. 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. 2**).

Existem, no entanto, algumas exceções que passamos a apresentar: os autores Rodrigues (2003), Tones e Tilford (1994), Amorim (1999; 2000), Navarro (2000), Reiss (1996), Carrondo (2000), Sousa (1995), Santos<sup>1</sup> (2000) 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<sup>1</sup> (2000), transmitem ideias de responsabilização dos indivíduos pela sua própria saúde.



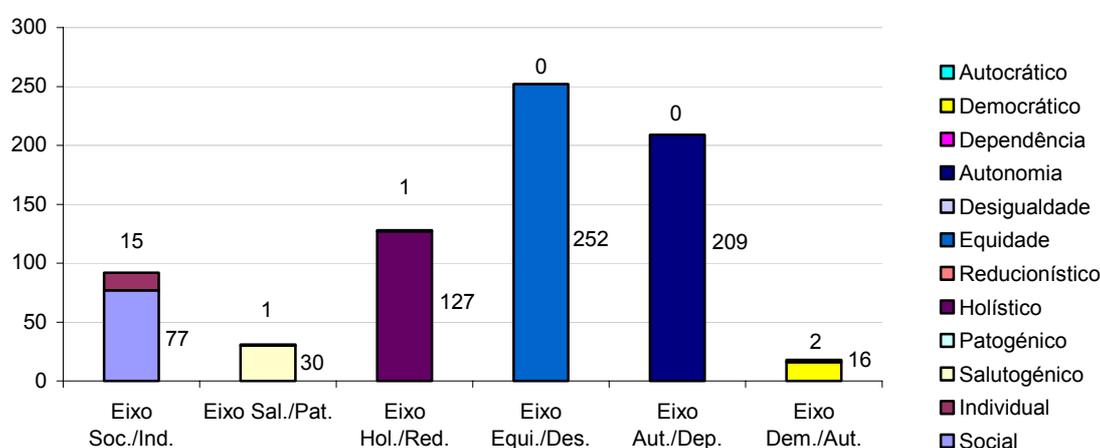
**Fig. 2** – Frequência dos eixos de valores por autor

Não existe nenhum autor que se incline para o pólo “Patogénico”, havendo algum equilíbrio em Ferreira (1990) e Golse (2004); apenas Quartilho (2001) adopta 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 ideias 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”.

### 3.2. Frequência dos eixos de valores por organização

A nível dos documentos dos principais organismos nacionais e internacionais no sector da saúde e da educação, a categoria com mais frequência é o eixo da “Equidade/Desigualdade”, que emerge 252 vezes, seguido pelo eixo da “Autonomia/Dependência” com 209 vezes. Por outro lado, a categoria com menor frequência é o eixo “Democrático/Autocrático” que emerge, apenas, 16 vezes, seguido do eixo Salutogénico/Patogénico com 30 vezes (Fig. 3).



**Fig. 3** – Frequência dos eixos de valores por organização.

Também no caso dos organismos 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, Ordem dos Enfermeiros e Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). A Ordem dos Enfermeiros veicula ideias de responsabilização dos indivíduos pela sua saúde, o Ministério da Educação defende na mesma proporção ideias de responsabilização social e individual e o CIE 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 é preciso ter em conta que a análise aos autores foi mais extensa.

#### **4. Discussão e conclusões**

Os resultados mostram que o discurso dos autores está imbuído dos valores “Social”, “Salutogénico”, “Holístico”, “Equidade”, “Autonomia” e “Democracia”. Na nossa opinião, baseada na observação empírica das práticas de PrS/EpS, este discurso é bastante mais avançado e ainda não foi devidamente adquirido, muito menos implementado por aqueles que no nosso país desenvolvem as referidas práticas. 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 e Simnett, 1999).

Também no caso dos organismos existe uma prevalência esmagadora dos pólos “Social”, “Salutogénico”, “Holístico”, “Equidade”, “Autonomia” e “Democrático” em detrimento dos seus opostos, o que é naturalmente explicável por constituírem de facto os pólos onde todos estes organismos, sem excepção, se enquadram.

Comparando o padrão dos eixos dos autores e dos organismos verificamos que existem algumas diferenças de ideias e valores entre o discurso dos autores e dos organismos. Nos autores o eixo que emerge mais é o da “Autonomia/Dependência”, que passa para segundo eixo mais representativo nos organismos. O segundo eixo mais representativo nos autores, o eixo “Salutogénico/Patogénico”, passa a penúltimo nos organismos. O eixo que emerge menor número de vezes, “Democrático/Autocrático”, é o mesmo nos autores e nos organismos. Parece ser, por isso, o eixo menos valorizado tanto pelos autores como pelos organismos. Talvez, esta constatação espelhe o 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, nem identificam as necessidades educativas das comunidades.

No caso dos autores, 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).

Fazendo uma análise retrospectiva aos resultados, constata-se que os eixos identificados têm um elevado suporte a nível do discurso explícito dos documentos de autores e dos organismos nacionais e internacionais que foram submetidos a análise de conteúdo.

Os valores que emergem maior número de vezes, sempre com predominância do primeiro pólo, são os eixos da “Autonomia/Dependência” e da “Equidade/Desigualdade”, aparecendo o eixo do “Democrático/Autocrático” em último lugar. Existe, por isso, uma grande preocupação com a autonomia e a equidade em termos de PrS/EpS. Contudo, esta preocupação parece não ter reflexos a nível das práticas de PrS/EpS, onde esses valores são raramente vistos.

Tendo assim concluído o quadro de referência de valores – primeira fase do estudo mais abrangente - encontra-se criada a peça fundamental estruturante de todo o trabalho mais vasto (ver Fig.1), constituindo a matriz dos instrumentos de colheita de dados a aplicar no estudo subsequente e que permitirá tipificar e comparar os sistemas de valores nas nossas amostras.

## Referências

- AMADO, J. S. (2000). “A técnica de análise de conteúdo”, *Revista Referência*, 5, 53-63.
- AMORIM, C. (1999). “Para a autonomia de opção”, *Revista Trajectos e Projectos*, 1, 17-21.
- AMORIM, C. (2000). “Para a autonomia de opção (Continuação)”, *Revista Trajectos e Projectos*, 2, 25-30.
- ANDRADE, M. (1995). *Educação para a saúde – Guia para professores e educadores*. 1ª ed. Lisboa: Texto Editora.
- ANDRADE, M. (2001). “Psicologia da saúde: contributos para uma abordagem interdisciplinar da Educação para a saúde”, *Revista referência*, 7, 17 – 24.
- BAUMANN, M. (2002). “Promotion de la santé et discriminations sociales: quelles questions éthiques?” in: LEANDRO, M.; ARAÚJO, M.; COSTA, M. (org.). *Saúde. As teias da discriminação social*. Actas do Colóquio Internacional – Saúde e Discriminação Social. Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.
- CARRONDO, E. (2000). “Promoção da saúde. Serviços de saúde promotores de saúde: dimensão administrativa”, in: Precioso, J. [et al.] (org). *Educação para a saúde*. 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: LEANDRO, M.; ARAÚJO, M.; COSTA, M. (org.). *Saúde. As teias da*

- discriminação social. Actas do Colóquio Internacional – Saúde e Discriminação Social. Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.
- CLÉMENT, P. (1998). La Biologie et sa didactique, dix ans de recherche. Aster, 27, p.56-93.
- CLÉMENT, P.; CHEIKHO, M. (2001). L'Éducation à l'Environnement: Pluridisciplinarité et pratiques pédagogiques. In: Proceedings of the 2<sup>ème</sup> Assises du CIFERSE, Dakar, 8-10 April.
- COSTA, M.; LÓPEZ, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- DECCACHE, A; LAPERCHE, J. (1998). “Paradigms, values and quality criteria in health promotion: na applicatin to primary healt care”, in: DAVIES, J.; MACDONALD, G. (Edit.). *Quality, evidence and effectiveness in health promotion*. London: Routledge.
- DOWNIE, R.; TANNAHILL, C.; TANNAHILL, A. (2000). *Health promotion. Models and values*. 2<sup>a</sup>ed. Oxford: University Press.
- EWLES, L.; SIMNETT, I. (1999). *Promoting health. A practical guide*. 4<sup>a</sup>ed. London: Baillière Tindall.
- FARIA, M. (2001). A prioridade da educação para a saúde na escola, <http://www.eseb.ipbeja.pt/investigação/artigos/prioridade.htm>.
- FERREIRA, F. (1990). *Moderna Saúde Pública*. 6<sup>a</sup> ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FORSTER, D. (1997). Health promotion: models and approaches. In: PIKE, S.; FORSTER, D. (Edit.). *Health promotion for all*. 2<sup>a</sup>ed. London: Churchill Livingstone.
- GOLSE, A. (2004). “Psychologues et psychiatres : je t’aime, moi non plus”, *Sciences Humanes*, 147, 30 – 37.
- GONZÁLEZ, M. (1998). “Los grandes cambios socio-sanitarios del siglo XXI”, in: GONZÁLEZ, M. (coord. Edit.). *La Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. Madrid: Diaz de Santos.
- HALSTEAD, J. (1996). “Values and values education in Schools”, in: HALSTEAD, J.; TAYLOR, M. (edit). *Values in education and education in values*. London: The Falmer Press.
- JONES, L. (1998). Promoting health : everybody’s business ? in : KATZ, J.; PEBERDY, A. (edit.). *Promoting health. Knowledge and practice*. London: Macmillan and the Open University.
- JOURDAN, D. [et al.] (2002). “Éducation à la santé à l’école: pratiques et representations des enseignants du primaire. School health education: primary School teachers practices and representations”, *Revista Santé Publique*, vol. 14, 4, 403 - 423.
- KIGER, A. (1997). *Teaching for health*. 2<sup>a</sup>ed. London: Churchil Livingstone.
- MORENO, A. S.; GARCÍA, E. R.; CAMPOS, P. M. (2000). “Conceptos en educación para la salud”, in: MORENO, A. S.; GARCÍA, E. R.; CAMPOS, P. M. (dir.). *Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill.
- MORRONDO, P. (2000). “Promoción de la salud”, in: MORENO, A (dir). *Enfermeria comunitaria*. Madrid: McGraw – Hill.

- MUNCK, J. (2004). “Folie et citoyenneté”, *Sciences Humanes*, 147, 38 – 41.
- NAIDOO, J.; WILLS, J. (1994). *Health promotion. Foundations for practice*. 1ª ed. London: Baillière Tindall.
- NAVARRO, M. F. (2000). “Educar para a saúde ou para a vida? (Conceitos e fundamentos para novas práticas)”, in: PRECIOSO, J. [et al.] (Org.). *Educação para a Saúde*. 2ª ed. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- O’KEEFE, E. (1997). Values and ethical issues. In: PIKE, S.; FORSTER, D. (edit.). *Health promotion for all*. 2ªed. London: Churchill Livingstone.
- OLIVEIRA, C. C. (2000). “Holismo: aprender e educar”, in: CARVALHO, A. D. *et al.* (coord.). *Diversidade e identidade*. Braga: Tipografia Nunes.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). “Carta de Ottawa para a promoção da saúde”. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.
- PESTANA, M. (1996). “A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural”, *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 1, 183 – 304.
- PIKE, S. (1997). What is health promotion? In: PIKE, S.; FORSTER, D. (edit.). *Health promotion for all*. 2ªed. London: Churchill Livingstone.
- QUARTILHO, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria. Do sintoma à experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- REIS, M. (2000). “Serviços de saúde promotores de saúde. “O Hospital promotor de saúde”, in: PRECIOSO, J. [et al.] (org.). *Educação para a saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Universidade do Minho.
- REISS, M. (1996). “Food, smoking and sex: values in health education”, in: HALSTEAD, J.; TAYLOR, M. (edit.). *Values in education and education in values*. London: The Falmer Press.
- RIBEIRO, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada – CRL.
- 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 em Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. (Não publicada).
- SANTOS, V. L. (2000). “Marco conceptual de educación para la salud”, in: OSUNA, A. F. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- SANTOS, V. (2000). “Educación para la salud en la escuela”, in: OSUNA, A. F. *A Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- SOUSA, M. F. D. (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.

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

TONES, K. (2002). "Reveille for radicals! The paramount purpose of health education?", *Revista Health Education Research*, 17, editorial, p. 1-5.