FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

MAGDALYNY GOMES SOARES DA SILVA

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA

PATOS - PB
2012

MAGDALYNY GOMES SOARES DA SILVA

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Fundação Francisco Mascarenhas - Faculdades Integradas de Patos, como requisito parcial para obtenção do diploma de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Orientadora:
Prof. Ms. Mayara Leal de Almeida Costa

PATOS – PB
2012

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA

MAGDALYNY GOMES SOARES DA SILVA

Aprovado em: _____/_____/_____

Nota: _____

PROFª. Ms. MAYARA LEAL DE ALMEIDA COSTA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(ORIENTADORA)

PROF. ESP. EVERSON VAGNER DE LUCENA SANTOS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(1° MEMBRO)

PROFª. DRA. SUENNY FONSÊCA DE OLIVEIRA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(2° MEMBRO)

PATOS-PB
2012

"Olha para o alto, sonha alto, deseja o melhor, anseia o bem e o bom, pois a vida nos traz o que desejamos."

Autor desconhecido

A Deus, meus pais, namorado, familiares, amigos e a todos que em mim acreditaram, dedico.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, a quem devo o dom da vida, meu refúgio e fortaleza e sem o qual nada seria possível; sempre guiando meus passos, me dando determinação para tentar, forças para seguir em frente e coragem para chegar até o fim.

Aos meus pais **Manoel Messias** e **Francisca Gomes**, que sempre me amaram sem limites, me dando sempre muito carinho, atenção, educação e apoio necessário para eu que tenha me tornado na pessoa que sou hoje, renunciando muitos de seus sonhos, para que os meus se tornassem possíveis. Meus amores, heróis e fonte de toda minha inspiração, amigos de todas as horas. Amo vocês incondicionalmente!

Ao meu namorado **Tássio Allison**, que esteve sempre ao meu lado, com todo carinho e apoio, compartilhando comigo os mesmos sonhos, as mesmas dificuldades para que fossemos vitoriosos! A sua família que também me apoiou em todos os aspectos, fazendo-me sentir sempre como um membro da família. Minha gratidão!

A todos os meus familiares, em especial à minha irmã querida **Gilmara Eufrásio**, meu primo **Pedro Soares**, meus avós paternos **Francisco e Francisca** e meus padrinhos **Josadib** e **Marlete**; agradeço pela força, carinho e entusiasmo que me deram, sempre acreditando no meu potencial.

As minhas amigas queridas e tão especiais pra mim, **Amanda Lucena**, **Alani Justino**, **Camila Ferreira**, **Claudinete Araújo**, **Francisca Wygma**, **Hiane Narcelly**, **Raffaella Herman** e **Silannya Medeiros**, obrigada por cada palavra, sorriso, olhar, segredos confiados a mim, por tantos momentos de felicidade e também de desafios, tornando o caminho menos árduo e mais alegre, estes momentos foram eternizados.

As minhas amigas do Apê 102, **Ângela Maria**, **Angélica Pires**, **Camila Almeida**, **Corrinha Soares, Evellyn Christine**, por partilhar comigo muitos momentos de diversão, euforia, dificuldades, construindo uma nova família, e em especial a minha amiga **Bianca Brunet** por

sempre me apoiar em todos os momentos, me ajudando quando eu mais precisava, partilhando comigo momentos de descontração!
Ao meu estimado grupo de estágio **Emerson Firmino**, **Francinaldo Lucena**, **Israel Marques** e **Raffaella Herman**, obrigado por tornarem as minhas tardes mais felizes, com tantas brincadeiras, diminuindo as nossas dificuldades e tornando o nosso tempo menos ocioso. A todos os **colegas de sala de aula**, por todos os momentos especiais que passamos juntos.

Aos meus queridos idosos e monitores do **Projeto de Extensão Feliz Idade**, os quais foram contributo real para a minha desenvoltura no decorrer da minha caminhada acadêmica. Obrigada pelo carinho e por cada abraço, vocês me mostraram o quanto é importante envelhecer feliz e com qualidade de vida.

A minha monitora e amiga, **Marília Marinho**, por todos os ensinamentos passados, carinho, me apoiando e ajudando em todos os aspectos, sendo parte importante durante todo o meu processo de formação.

A minha especial amiga, orientadora e professora **Mayara Leal**, por ter sempre depositado em mim confiança e investido no meu potencial. Obrigada pelos momentos de cumplicidade, profissionalismo, dedicação e amizade nos nossos encontros, pelo exemplo de mulher forte e guerreira que és, me orientando sempre em tempo integral.

Aos membros da banca **Suenny Oliveira** e **Everson Vagner** pela disponibilidade e dedicação para a construção deste trabalho, pelo incentivo ao uso do instrumento de pesquisa e pela contribuição na formação da minha identidade profissional.

A todos os **professores do Departamento de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos** pelo empenho, motivação e profissionalismo, dando sempre o seu melhor para que pudessemos aprender, nos preparando com potencial para o mercado de trabalho. Minha admiração!

LISTA DE ABREVIATURAS

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PrS – Promoção da Saúde

SP – Saúde Pública

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CFE – Conselho Federal de Educação

CREFFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

MEC – Ministério da Educação

IES – Instituição de Ensino Superior

SPSSR – Software Statistical Package for the Social Sciences

ANOVA – Análise de Variância

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

DP – Desvio Padrão

EpS – Educação para a Saúde

F. Pos – Frase Positiva

F. Neg – Frase Negativa

F. Din – Frase Dinâmica

F. Est – Frase Estática

F. Abr – Frase Abrangente

F. Red – Frase Reducionista

F. Ati – Frase Ativa

F. Pas – Frase Passiva

RESUMO

A Educação para a Saúde implica em uma combinação de oportunidades que beneficiam a promoção e a manutenção da saúde, sendo interligada à Promoção da Saúde, com a inclusão de políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além da reabilitação, tendo como princípio norteador a saúde integral da população, e abrangem os três campos de atenção: primária ou básica, secundária e terciária. O Fisioterapeuta, pela sua definição, assim como os demais profissionais da saúde, tem sólida formação acadêmica para atuar na atenção primária, tendo como objetivos desenvolver ações que visem à manutenção e Promoção da Saúde e nesse sentido, em última instância, à prevenção de sequelas e não apenas à reabilitação, porém, sabe-se que este está relacionado ao seu processo histórico e de formação acadêmica, tendo suas atividades profissionais reconhecidas e voltadas para a reabilitação, atuando em níveis de atenção secundária e terciária à saúde, tornando escassas as ações e práticas que visem à promoção e prevenção da saúde não só dos profissionais, mas também daqueles que estão em processo de formação. O objetivo dessa pesquisa foi analisar as percepções e práticas de acadêmicos de Fisioterapia. Tratou-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualiquantitativa, envolvendo acadêmicos concluintes do Curso de Fisioterapia de três instituições de ensino superior privadas; sendo desenvolvida no município de João Pessoa-PB, tendo como amostra 44 acadêmicos. Utilizou-se um questionário biodemográfico e um questionário de auto-preenchimento. Para tratamento estatístico e formação do banco de dados, foi utilizado o SPSS® 18.0 para Windows e o excel 2010. Após a análise do estudo foi verificado a predominância do gênero feminino (86,4%), com faixa etária predominante entre 20 e 29 anos e com idade média de 25,14 anos e solteiros (72,7%). A avaliação da representação mental do conceito de saúde foi de caráter positivo, bem como a análise da importância atribuída aos conceitos de saúde, sendo positiva (54,5%) e dinâmica (36,4%), para os conceitos de Saúde Pública (43,2%). Quanto ao conceito Promoção da Saúde (47,7%) foram de caráter reducionista e Educação para a Saúde foi passivo (38,6%). Na análise das dimensões todas as médias foram relativas aos pólos de caráter posivitivo, sendo eles, os pólos: social, salutogênico, holístico, equidade, autonomia, democrático. Quanto às práticas 95,5% assinalaram que já haviam realizado práticas educativas, sendo a mais citada referente à saúde do idoso (79,5%). Conclui-se que as percepções e práticas sobre Educação para a Saúde, dos acadêmicos das instituições avaliadas, são de uma visão mais atualizada, voltada para as práticas educativas, visando os níveis de atenção primária da saúde.

Palavra chave: Educação para a Saúde; Percepção; Práticas; Fisioterapia; Acadêmicos.

ABSTRACT

The Health Education involves a combination of opportunities that benefit the promotion and maintenance of health, being connected with the Promotion of Health, with the inclusion of public policies, appropriate environments and reorienting health services beyond rehabilitation, have as main guiding full health, and cover the three fields of attention: primary or basic, secondary and tertiary. The physiotherapist by its definition, like other health professionals, have strong academic background to work in primary care, aiming to develop actions aimed at maintaining and HP, and then, ultimately, prevention of disabilities, not just rehabilitation, however, know that this is related to its historical and academic training, having recognized their professional and focused on rehabilitation, working in levels of secondary and tertiary care health, making few actions and practices that aimed at health promotion and prevention of not only professionals, but also those who are in the process of formação. The objective of this research was to analyze the perceptions and practices of academic Physiotherapy. It was a basic and applied research with qualitative and quantitative approach, involving academic graduates of Physiotherapy three private institutions of higher education; being developed in the city of João Pessoa, with a sample size 44 academics graduates.Used a questionnaire biological and demografic and a self-completion questionnaire. For statistical treatment and training database, we used the SPSS 18.0 for Windows ® and Excel 2010. After analyzing the study was verified to female predominance (86.4%), with predominant age group between 20 and 29 years and the mean age was 25.14 years and unmarried (72.7%). The evaluation of the mental representation of the concept of health was positive character, as well as the analysis of the importance attached to the concepts of health, being positive (54.5%) and dynamic (36.4%), to the concepts of Public Health (43.2%) and Health Promotion (47.7%) were character reductionist and Health Education was passive (38.6%). In the analysis of all the dimensions were on average character posivitivo the poles, the poles they are social, salutogênico, holistic, fairness, autonomy, democrático. The practices 95.5% indicated that they had performed educational practices, the most cited regarding the health of the elderly (79.5%). We conclude that the perceptions and practices of academics on Health Education are of a more refreshed, focused on educational practices, aiming levels of primary health care.

Keyword: Health Education; Perception; Physiotherapy; Academic.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização do universo e da amostra quanto à Instituição..... 33

Tabela 2: Caracterização da amostra (N=44) …..... 42

Tabela 3: Palavras-chave utilizadas pelos acadêmicos para representar o termo "Saúde"..... 45

Tabela 4: Distribuição da amostra quanto à frase considerada como a mais importante do conceito de Saúde "**Positivo/Negativo**" por IES (F) (%)..... 48

Tabela 5: Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de Saúde "**Dinâmico/Estático**" por IES (F) (%)..... 49

Tabela 6: Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de "**Saúde Pública**" por IES (F) (%)..... 50

Tabela 7: Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de "**Promoção da Saúde**" (PrS) por IES (F) (%)..... 52

Tabela 8: Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de "**Educação para a Saúde**" (EpS) por IES (F) (%)..... 53

Tabela 9: Distribuição da amostra referente à questão "Os termos PrS e EpS são diferentes?" por IES e total da amostra (%)..... 54

Tabela 10: Distribuição da amostra quanto ao enquadramento de frases no âmbito daPrS, EpS ou em ambas (%..... 55

Tabela 11: Distribuição da amostra referente à questão "A EpS tem valores a promover?" por IES e total da amostra (%)..... 56

Tabela 12: Dados referentes ao teste ANOVA das dimensões em relação aos pólos dos eixos de valores..... 57

Tabela 13: Distribuição da amostra referente à questão "Já realizou algum tipo de prática?" por IES e total da amostra (%)..... 64

Tabela 14: Distribuição da amostra referente à questão "No decorrer da experiência prática realizou atividades de Educação em Saúde" por IES e total da amostra (%)..... 65

Tabela 15: Distribuição dos alunos pelo tipo de atividades de EpS desenvolvidas, por IES e total da amostra (%)..... 66

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Social/Individual por Instituição e no Total da amostra (%)..... 58

Gráfico 2. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Salutogênico/Patogênico (%)..... 59

Gráfico 3. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Holístico/Reducionista por Instituição e no Total da amostra (%)..... 60

Gráfico 4. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Equidade/Desigualdade por Instituição e no Total da amostra (%)..... 61

Gráfico 5. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Autonomia/Dependência por Instituição e no Total da amostra (%)..... 62

Gráfico 6. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Democrático/Autocrático por Instituição e no Total da amostra (%)..... 63

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 16

CAPÍTULO 1: EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE 19

CAPÍTULO 2: FISIOTERAPIA: BASES HISTÓRICAS E LEGAIS..... 22

CAPÍTULO 3: O FISIOTERAPEUTA INTERLIGADO À SAÚDE PÚBLICA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE..... 27

CAPÍTULO 4: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS..... 30

4.1 TIPO DE PESQUISA..... 31
4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA..... 32
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... 32
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA..... 33
4.5 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA..... 33
4.6 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS..... 34
4.6.1 Realização do Pré-teste (Piloto) 34
4.6.2 Questionários..... 36
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS..... 36
4.7.1 Caracterização dos Acadêmicos..... 37
4.7.2 Conceito de Saúde, Promoção da Saúde, Educação para a Saúde e conceitos Interligados 37
4.7.3 Eixos de valores em Promoção da Saúde e em Educação para a Saúde: tendências dos acadêmicos 38
4.8 ASPECTOS ÉTICOS..... 39

CAPÍTULO 5: RESULTADOS E DISCUSSÕES..... 41
5.1 CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA..... 42
5.2 CONCEPÇÕES ENSINADAS: ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS..... 44

5.2.1 Representação Mental do Conceito de Saúde..... 45
5.2.2 Importância atribuída aos conceitos..... 47
5.2.2.1 Conceito de Saúde: Positivo/Negativo; dinâmico/estático..... 47
5.2.2.2 Conceito de Saúde Pública: Abrangente/Reducionista..... 50
5.2.2.3 Conceito de Promoção da Saúde: Abrangente/Reducionista..... 51
5.2.2.4 Conceito de Educação para a Saúde: Ativo/Passivo..... 52
5.2.3 Eixos de valores em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde..... 55
5.2.3.1 Eixo Social/Individual..... 57
5.2.3.2 Eixo Salutogênico/Patogênico..... 58
5.2.3.3 Eixo Holístico/Reducionista..... 59
5.2.3.4 Eixo Equidade/Desigualdade..... 60
5.2.3.5 Eixo Autonomia/Dependência..... 62
5.2.3.6 Eixo Democrático/Autocrático..... 63
5.2.4 Perspectiva das práticas de Educação em Saúde dos acadêmicos..... 64

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 67

REFERENCIAS..... 69

APÊNDICES 74

APÊNDICE A: Questionário Biodemográfico..... 75
APÊNDICE B: Instrumento de Coleta de Dados..... 76
APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 82
APÊNDICE D: Termo de Compromisso do Pesquisador..... 84

ANEXOS..... 85

ANEXO A: Certidão de Aprovação do Comitê de Ética..... 86

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Educação para a Saúde (EpS) é uma atividade 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 (DOWNIE, TANNAHILL; TANNAHILL, 2000).

O processo histórico das práticas e concepções de EpS no Brasil, datados do final do século XIX e início do século XX, é descrito por Smeke e Oliveira (2001), caracterizadas pelo autoritarismo com imposição de normas e medidas de saneamento e urbanização com respaldo de especificidade.

Dentre os movimentos que buscavam romper com a tradição autoritária e normatizadoras da relação entre os serviços de saúde e a população, destacam-se os movimentos propostos pela Reforma Sanitária que nortearam a criação das Políticas Públicas de Promoção da saúde (PrS), caracterizados pela reorientação das práticas dos profissionais da saúde com a finalidade de tratar de forma mais global os problemas de saúde identificados (VASCONCELOS, 2001).

De acordo com a Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS, 2007) a PrS consiste no processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.

Uma Educação para a Saúde ampliada interligada à PrS inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, com programas de propostas pedagógicas libertadoras e práticas educativas, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, cuja essência esteja orientada para a melhoria da qualidade de vida e promoção do homem (SCHALL; STRUCHINNER, 1999).

As práticas educativas são caracterizadas por três modalidades de aplicação, sendo elas: o trabalho individual, o trabalho de grupos específicos e o trabalho com a comunidade (SILVA, 1994; DILLY; JESUS, 1995). Estas podem ser desempenhadas em qualquer espaço social, uma vez que o campo da saúde é muito mais amplo que o da doença. Desta forma, elas têm como princípio norteador a saúde integral, não se restringindo às ações no âmbito da atenção primária, e sim abrangendo os três campos de atenção (VILLA, 2006).

Entretanto, Alves (2005) destaca o campo da atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas para a saúde justificado pela

particularidade desses serviços, caracterizados pelo maior contato com a população e a evidência nas ações preventivas e promocionais.

O Fisioterapeuta pela sua definição, assim como os demais profissionais da saúde, tem sólida formação acadêmica para atuar na atenção primária (DELIBERATO; RIBEIRO, 2002). Tem como objetivos desenvolver ações que visem à manutenção e PrS, ou então, em última instância, à prevenção de sequelas e não apenas à reabilitação (RIBEIRO, 2002).

De acordo com o Ministério da Educação (MEC), a formação universitária do Fisioterapeuta destaca-o como um profissional de caráter generalista, sendo capacitado para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, não devendo ficar restrito às ações curativas e reabilitadoras (DELIBERATO, 2002). Porém, sabe-se que este está relacionado ao seu processo histórico e de formação acadêmica, tendo suas atividades profissionais reconhecidas e voltadas para a reabilitação, atuando em níveis de atenção secundária e terciária à saúde, tornando escassas as ações e práticas que visem à promoção e prevenção da saúde não só dos profissionais, mas também daqueles que estão em processo de formação (DELIBERATO, RIBEIRO, 2002). Diante disso destaca-se que a realização deste estudo teve como questionamento norteador da investigação: Qual a percepção dos acadêmicos de Fisioterapia sobre Educação para a saúde?

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar as percepções e práticas dos acadêmicos de Fisioterapia sobre Educação para a saúde e tendo como objetivos específicos: caracterizar os acadêmicos a partir de suas variáveis biodemográficas, tipificar as percepções de Saúde, Saúde Pública (SP), PrS e EpS expressas pela amostra, identificar quais os valores no âmbito da PrS/EpS que os acadêmicos, das instituições em estudo, detinham à saída da sua formação; Verificar em que polos se situam os acadêmicos da amostra, no que diz respeito a cada eixo de valores; comparar os sistemas de valores dos acadêmicos das IES da pesquisa, na área da Saúde Pública e PrS/EpS e caracterizar as práticas de PrS/EpS dos acadêmicos em estudo.

Desta forma, a pesquisa é de grande contribuição pessoal, visto que, foi obtido um conhecimento mais abrangente em relação a esta área, incluindo novas visões que serão vivenciadas na prática. Apresenta também contribuição técnico-científica por oferecer novos estudos nessa área, que se encontra com significativa escassez, possibilitando e incentivando que mais pesquisas sejam realizadas neste campo, proporcionando melhorias na qualidade do processo ensino-aprendizagem e no desempenho dos acadêmicos, visando um progresso social no que concerne a atenção primária a partir da análise da importância do fisioterapeuta inserido no âmbito da prevenção e promoção, melhorando a assistência à população na saúde.

Capítulo 1

Educação para a Saúde

1 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A Educação para a Saúde implica em uma combinação de oportunidades que beneficiam a promoção e a manutenção da saúde, sendo interpretada não só como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que promovam a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida (PEREIRA, 2003).

Pereira (2004) resalta que a EpS, configura-se hoje, como prática para sensibilização dos indivíduos, com o intuito de desenvolver nas pessoas o senso crítico e de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade da qual fazem parte.

A Educação para a Saúde enquanto campo de práticas tem sido historicamente delineado por um arraigado discurso higienista e intervenções normatizadoras, onde o Estado exerceria a função de civilizar e moralizar a grande massa da população a fim de assegurar o desenvolvimento de forças produtivas. Sendo assim a estratégia da Educação em Saúde foi a de regulamentar, enquadrar, controlar gestos, comportamentos, atitudes, hábitos e discursos das classes subalternas (COSTA, 1987).

O processo histórico das práticas e concepções de EpS no Brasil, datados do final do século XIX e início do século XX, é descrito por Smeke e Oliveira (2001), como o período onde se desenvolveram as primeiras práticas sistemáticas em Educação para a Saúde, voltadas para as classes subalternas em virtude das necessidades de domínio sobre as epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, visto que, acarretavam transtornos para a economia agroexportadora brasileira.

Estas práticas eram orientadas por um modelo de discurso biologicista, que era caracterizado pela redução da determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, e que não assimilava as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. Este modelo de discurso, caracterizado pelo autoritarismo com imposição de normas e medidas de saneamento e urbanização com respaldo de especificidade, predominou no campo da Educação para a Saúde durante várias décadas seguintes, podendo ser encontrando ainda nos dias de hoje como orientador de práticas educativas (ALVES, 2005).

Na década de 40, o campo da Educação para a Saúde passa a sofrer algumas transformações em relação ao seu foco, onde os sujeitos que até então haviam sido culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e dos quais não se esperava mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas e educacionais dos profissionais de saúde, observa-se uma importância relativa no sentido de relacioná-los ao processo educativo (ALVES, 2005).

O campo da EpS durante o regime militar (1964 -1985) permaneceu inexpressivo em virtude da limitação dos espaços institucionais para a sua realização, estando relacionado à prática do controle dos sujeitos. Sendo assim, esse regime político despertou uma resistência e insatisfação na população que arrojou a organização de movimentos sociais que reuniam intelectuais e populares que fomentaram críticas voltadas às práticas educativas autoritárias e normatizadoras, caracterizando uma ruptura em relação a essas práticas (ALVES, 2005).

Dentre os movimentos que buscavam romper com a tradição autoritária e normatizadoras da relação entre os serviços de saúde e a população destacam-se os movimentos que tiveram início na década de 70, propostos pela Reforma Sanitária, que nortearam a criação das Políticas Públicas de Promoção da saúde, estes por sua vez, caracterizados pela reorientação das práticas dos profissionais da saúde com a finalidade de tratar de forma mais global os problemas de saúde identificados (VASCONCELOS, 2001).

De acordo com Brasil (2002) pode-se definir Promoção da Saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Seguindo este raciocínio, nota-se que uma visão de Educação para a Saúde ampliada está inteiramente interligada à Promoção da Saúde, com a inclusão de políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além da reabilitação, com programas de propostas pedagógicas e práticas educativas, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, cuja essência esteja orientada para a melhoria da qualidade de vida e promoção do homem (SCHALL; STRUCHINNER, 1999).

O movimento de PrS encontra-se alicerçado numa série de princípios e valores, que de acordo com Morrondo (2000), os valores essenciais a uma PrS eficaz são os da equidade, da participação.

Dentre os diversos eixos de valores podemos destacar o Social/Individual que na declaração de Jacarta, indicou como uma das prioridades para a PrS no século XXI *"Promover a responsabilidade social no que respeita à saúde"*, e que dirige aos decisórios políticos (DAVIES; MACDOWALL, 2006).

Com relação ao eixo Salutogénico/Patogênico, no dizer de Carvalho (2006), o modelo médico de saúde tem um caráter "*patogénico*", uma vez que a importância é dada ao agente etiológico da doença, enquanto que em sentido contrário, está à abordagem "*salutogénica*", em que a ênfase é dada às causas que permitem que as pessoas se mantenham saudáveis.

O eixo Holístico/Reducionista, baseado na carta de Ottawa (WHO, 1986 consultada em Direção Geral de Saúde - DGS, 2007), expressa que a prestação de cuidados, ressaltando uma visão holística de saúde é o maior valor em si para quem trabalha na sua promoção, buscando sempre soluções coletivas para as resoluções dos problemas de saúde.

Quanto ao eixo de valor Equidade/Desigualdade, na opinião de Davies e Macdowall (2006), a Saúde para Todos têm sido importante na promoção da equidade e da justiça social.

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

Para os eixos de valores Democrático/Autocrático, Moreno, Garcia e Campos (2003), ao analisarem 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 formados no conhecimento destes valores melhorando a sua interação 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 atuais de saúde.

As práticas de Educação para saúde são caracterizadas por três modalidades de aplicação, sendo elas: o trabalho individual, o trabalho de grupos específicos e trabalho com a comunidade (SILVA, 1994; DILLY; JESUS, 1995). Estas podem ser desempenhadas em qualquer espaço social, uma vez que o campo da saúde é muito mais amplo que o da doença. Desta forma, elas têm como princípio norteador a saúde integral, e abrangem os três campos de atenção: primária ou básica, secundária e terciária (VILLA, 2006).

Alves (2005) destaca o campo da atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas para a saúde, caracterizados pelo maior contato com a população e a evidência nas ações preventivas e promocionais. Relacionando as funções de um profissional de saúde da atenção básica, o autor destaca prestar atenção preventiva, curativa e reabilitadora, ser comunicador e educador em saúde.

Como área de conhecimento, a educação para a saúde requer uma visão corporificada de distintas ciências, tanto do âmbito da educação como da saúde, integrando aréas como fisioterapia, psicologia, sociologia, filosofia, antropologia (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Com base no contexto, serão evidenciadas nesse estudo as práticas de Educação para a Saúde no contexto da Fisioterapia.

Capítulo 2

Fisioterapia: Bases Históricas e Legais

2 FISIOTERAPIA: BASES HISTÓRICAS E LEGAIS

A Fisioterapia, em sentido amplo, estuda o movimento humano e utiliza recursos físicos no tratamento, cura e prevenção. Com o sentido restrito à área de saúde, está voltada para o entendimento da estrutura e mecânica do corpo humano. Para isto ela estuda, diagnostica, previne e trata os distúrbios e limitações da biomecânica e funcionalidade humana decorrentes de alterações de órgãos e sistemas humanos (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

A Fisioterapia é uma ciência que utiliza como recursos os meios físicos e naturais na PrS, prevenção de doenças e reabilitação dos indivíduos, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida, promovendo a sua manutenção ou reintegração das atividades cotidianas (COPETTI, 2004).

Várias são as definições que conceituam esta profissão, porém destaca-se o conceito descrito por Rebelatto e Botomé (1999) constante na resolução nº. 80 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), que apresenta a Fisioterapia como sendo uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano, em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivo de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade dos órgãos, sistema ou função.

Uma das formas de analisar o que caracteriza o objeto de trabalho e estudo da Fisioterapia é mostrar de que maneira em todo seu processo histórico, ela tem sido definida ou exercida. Desta forma será realizado um breve relato da história da Fisioterapia na História Geral (Antiguidade, Idade Média, Renascimento e período da Industrialização) e no Brasil.

Na Antiguidade (período compreendido entre 4000 a.C. e 395 d.C) havia uma preocupação dos povos antigos, com as chamadas “diferenças incômodas” que hoje são denominadas por doenças. Para bani-las, eram utilizados agentes físicos disponíveis como recursos, técnicas, instrumentos e procedimentos (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Já a Idade Média (período aproximadamente compreendido entre os séculos IV e XV) foi uma época marcada por uma ordem social instituída no plano divino. Devido à cultura religiosa, o corpo foi desvalorizado, sendo rotulado como um mero recipiente do espírito, caracterizando este momento na história como período de omissão em termos de evolução em pesquisas e áreas de atuação na saúde (SANCHEZ, 1984).

No Renascimento (Séc. XV a XVI) os valores rigorosos e morais da Idade Média entram em declínio, dando lugar a valorização da beleza física, houve assim a retomada dos estudos relativos ao cuidado com o corpo. Ao final do Renascimento houve um avanço na utilização dos recursos físicos como meio de tratamento das doenças, com uma significativa influência no mundo ocidental, caracterizado pelo surgimento da cinesioterapia (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Com a industrialização (período compreendido entre os Séc. XVIII e XIX) volta o interesse pelas diferenças incômodas, onde a produção em grande escala, com o novo sistema maquinizado, intensificou o trabalho operário, onde havia exaustivas jornadas de trabalho com condições sanitárias e alimentares precárias, provocando o surgimento e proliferação de novas doenças como as epidemias de cólera, tuberculose pulmonar, alcoolismo, acidentes de trabalho e jornadas intensas (SANTOMÉ, 1998).

Manifesta-se então a preocupação das classes dominantes em tratar essas patologias para não perder ou diminuir a sua fonte de riqueza e bem estar, gerados pela força de trabalho da classe proletariada. Dessa forma a aplicação de recursos elétricos, térmicos e hídricos e a aplicação de exercícios físicos sofreram uma evolução dirigida para o atendimento do indivíduo doente (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Foi então na época da Primeira Guerra Mundial, que segundo Oliveira (2005), reconheceu-se a utilização destes recursos no tratamento de feridos, e com o fim da guerra algumas instituições implantaram a massagem (Fisioterapia) no treinamento educacional, porém foi na Segunda Guerra mundial que a Fisioterapia transformou-se em uma tendência mundial disseminando-se em vários países.

> A industrialização, juntamente com as grandes guerras, foram fatores determinantes para a Fisioterapia se firmar como uma profissão necessária para a recuperação do indivíduo lesado, onde no final do século XIX começaram a surgir às especializações no campo da medicina, compondo a terapêutica que viria a caracterizar a fisioterapia, estabelecendo-a como campo de atuação profissional e área de pesquisa (COPETTI, 2004, p. 15).

A partir do século XX ocorreram diversas transformações na área da saúde devido ao aumento da complexidade em relação à tecnologia e ciência, nasceram aí os primeiros cursos de formação de fisioterapeutas no mundo. Na Alemanha, as primeiras escolas foram as de Kiel (1916) e Dresden (1918) (SANCHEZ, 1984).

Segundo Rebelatto e Botomé (1999), no final do século XX, a Fisioterapia passa a fazer parte da chamada "Área da Saúde" e foi evoluindo no decorrer da história, tendo seus

recursos e formas de atuação quase que voltadas exclusivamente ao atendimento do indivíduo doente.

Da mesma maneira que na história geral, a Fisioterapia no Brasil foi marcada também por vários períodos de transformações, tendo seu surgimento influenciado pela vinda da família real na época colonial, pois com a fuga para o Brasil, em 1808, vieram também recursos humanos e financeiros para atender às necessidades dos monarcas e nobres que aqui se instalaram (BARROS, 2003).

Segundo Novaes (1998 apud GIUSTINA, 2003), o nascimento das primeiras escolas de ensino médico destaca-se como a grandiosa obra dos portugueses no país dentre todas as contribuições do reinado, em particular os progressos obtidos na cidade do Rio de Janeiro.

Na Fisioterapia do Brasil do século XIX, os recursos fisioterapêuticos faziam parte da terapêutica médica, e assim há registros da criação, no período compreendido entre 1879 e 1883, do serviço de hidroterapia no Rio de Janeiro, existente até os dias de hoje (SANCHEZ, 1984).

Na década de 30, existiam serviços de Fisioterapia no Rio de Janeiro e em São Paulo comandados por médicos, que foram intitulados como médicos de reabilitação por pesquisarem especificamente tratamentos mais eficazes que promovessem a reabilitação de seus pacientes (GIUSTINA, 2003).

De acordo com todos esses acontecimentos Oliveira (2004) relata que em 1951 foi criado o primeiro curso de Fisioterapia no Brasil na cidade de São Paulo, sendo um curso de nível técnico com duração de um ano, sob total controle dos médicos.

Em 1964, com a Lei das Diretrizes e Bases da Educação, determinou-se a duração do curso que sería de três anos, elaborando assim o primeiro currículo mínimo para os cursos de Fisioterapia e regulamentando a formação do fisioterapeuta no país, baseado no Parecer nº 388/63 (OLIVEIRA, 2004).

O Parecer nº 388/63 do Conselho Federal de Educação (CFE) foi um dos primeiros documentos oficiais que definia o fisioterapeuta como auxiliar médico, com caráter terapêutico, e que tinha sua atuação sob orientação e responsabilidade médica, mas de formação de nível superior (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Foi então em 13 de outubro de 1969 que foi aprovado o Decreto-Lei nº. 938/69, em que certificava o exercício da profissão de fisioterapeuta, definindo-o como profissional de nível superior e tornaram exclusiva a execução de métodos e técnicas específicas para a categoria, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (OLIVEIRA, 2004).

Segundo Rebelatto e Botomé (1999) com o reconhecimento da profissão, tornou-se necessária a sua regulamentação que ocorreu com a criação do COFFITO, e os Conselhos Regionais (CREFITOs) em 1975 com a Lei 6.316/75. Barros (2003) cita que COFFITO tem a função de legislar, regulamentando a profissão e a atuação do fisioterapeuta já aos CREFITOs compete a função de legalizar e fiscalizar o exercício profissional.

De acordo com o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, menciona ser função do fisioterapeuta prestar assistência ao homem, participando de atividades que objetivem a promoção, tratamento e recuperação de sua saúde, utilizando de todos os conhecimentos técnicos e científicos para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar o seu extermínio e ainda o fisioterapeuta participa de programas de assistência à comunidade em âmbito nacional e internacional (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Giustina (2003) ressalta que os documentos oficiais relativos ao profissional de Fisioterapia, com exceção, talvez, do seu Código de Ética Profissional, parecem ter sido elaborados sob a ótica da concepção saúde-doença, pois em nenhum momento citam ou deixam transparecer os diversos níveis, tipos ou âmbitos de atuação que esse profissional poderia ou deveria exercer ao atuar na assistência às condições de um indivíduo ou de uma comunidade. Por outro lado, realçam a atuação desses referidos profissionais como quase que exclusivamente voltado para a assistência a indivíduos doentes. Esse fato parece criar um significativo grau de limitação para a atuação profissional em Fisioterapia, exercendo apenas as atividades que seriam de recuperação.

A Fisioterapia, na sua origem e no decorrer da história, assim como as demais profissões da área de saúde, direcionou o seu trabalho e a sua atuação profissional para as atividades predominantemente curativas e reabilitadoras, reforçando a concepção de cura ou reabilitação. Atualmente a preocupação desta profissão está voltada a um campo mais amplo que determinam prevenção, promoção e manutenção da saúde, além da reabilitação e reintegração social do indivíduo (COPETTI, 2004).

Capítulo 3

O Fisioterapeuta interligado à Saúde Pública e a Educação para a Saúde

3 O FISIOTERAPEUTA INTERLIGADO À SAÚDE PÚBLICA E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O fisioterapeuta, como os demais profissionais da área da saúde, tem sólida formação acadêmica, sendo capacitado para atuar no desenvolvimento de programas de PrS. Porém sabe-se que, frequentemente, tem suas atividades profissionais reconhecidas na reabilitação e na recuperação de pessoas fisicamente lesadas com atuação, portanto, em níveis de atenção secundária e terciária à saúde (DELIBERATO, 2002; RIBEIRO, 2002).

A inserção da Fisioterapia na rede pública de saúde vem sofrendo a influência do seu processo histórico e evolução marcada pela reabilitação. Em seu processo de origem, a fisioterapia destacou e dirigiu as definições da sua área de atuação profissional para atividades recuperativas, reabilitadoras de um organismo em estado de más condições de saúde (RIBEIRO, 2002; REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Segundo Trelha et al. (2002), o desenvolvimento de políticas de Saúde que insiram e valorizem o trabalho do fisioterapeuta dentro das equipes de saúde são necessárias para promover a integração do profissional na comunidade. Simultaneamente, os tempos atuais exigem que o fisioterapeuta imprima, em seu trabalho, uma atitude mais humanizada e uma visão mais integrada do paciente e de seu universo, com a integração real entre o fisioterapeuta e outros profissionais da área da Saúde.

As propostas de atuação da Fisioterapia, na SP, apresentam-se com os objetivos de desenvolver ações voltadas à PrS, educação para a saúde, manutenção da saúde ou, então, em última instância, à reabilitação (RIBEIRO, 2002).

Entende-se por educação para a saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde (GREEN; KREUTER, 1991).

Uma Educação para a Saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na ‘promoção do homem’ (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Mendes (1996) ressalva que os serviços de atenção básica precisam apropriar-se de uma tecnologia de alta complexidade que envolve conhecimentos, habilidades e técnicas, dentre as quais é possível reconhecer a educação em saúde. Dentre os diversos espaços dos

serviços de saúde, Vasconcelos (1999) destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas para a saúde.

Como contexto das práticas educativas, considera-se que estas tanto podem ser formais e desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, com realização das palestras e distribuição de cartilhas e folhetos, como também podem ser *informais,* desenvolvida nas ações de saúde cotidianas. Entretanto, dada à relevância da comunicação dialógica, valoriza-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contextos de práticas educativas. Nesse sentido, Smeke e Oliveira (2001) concordam que todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial a sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia.

Paula et al. (2007) afirma ainda que a graduação em Fisioterapia deve objetivar um perfil profissional baseado em aptidões e habilidades voltadas à resolução de problemas e doenças sociais e passa a ser entendida como uma formação que atenda às demandas do mercado de trabalho. E, segundo as novas diretrizes estabelecidas, a formação profissional deve dotar o fisioterapeuta de conhecimentos requeridos para o exercício profissional nas diversas áreas da saúde e em seus diferentes modos de intervenção, sempre respeitando os princípios éticos inerentes à profissão e em conformidade com o sistema de saúde vigente no País, prestando assistência à saúde integralmente.

Diante do exposto, esta pesquisa busca analisar as percepções e práticas dos acadêmicos de Fisioterapia sobre Educação para a saúde.

Capítulo 4

Considerações Metodológicas

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo procederemos com à descrição e justificação dos métodos escolhidos, abordando o tipo de pesquisa, local e período da pesquisa, população e amostra, critérios de inclusão e exclusão, instrumentos e procedimentos de coleta de dados, processamento e analise dos dados e aspectos éticos.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Quanto à natureza do estudo trata-se de uma pesquisa básica e aplicada. A pesquisa básica é o estudo teórico que contribui para o desenvolvimento de uma teoria e possui relações entre variáveis (COZBY, 2003), como no caso deste estudo as diferenças e semelhanças das percepções e práticas dos acadêmicos concluintes do curso de Fisioterapia no que se refere à Educação para a Saúde. A pesquisa aplicada segundo Silva e Menezes (2001) tem como objetivo gerar conhecimentos para a aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos.

Do ponto de vista da abordagem, o estudo consiste em uma pesquisa qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa fundamenta-se em dados relacionados nas interações interpessoais, tem como visão a intenção de explorar os fatores que envolvem o fenômeno central e apresentar as perspectivas ou os significados variados dos participantes. O método qualitativo preocupa-se em utilizar uma explicação ampla para o comportamento e as atitudes (CRESWELL, 2010).

A abordagem quantitativa de acordo com Polit e Hungler (2005) envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de controle, além da análise dessa informação utilizando procedimentos estatísticos.

Quanto aos objetivos, o trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo. A pesquisa descritiva tem como propósito observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos. Buscam-se a frequência, característica, relação e associação entre variáveis (DYNIEWICZ, 2009).

Em relação aos procedimentos técnicos a pesquisa foi realizada a partir de levantamento de dados de acordo com os resultados dos participantes da pesquisa, dessa forma sendo uma pesquisa de campo. Na pesquisa de campo o pesquisador busca as informações sobre o objeto de estudo, o que favorece o acúmulo de informações sobre fenômenos, mas requer procedimentos metodológicos previamente estabelecidos e apresentados (BARROS; LEHFELD, 2007).

4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no período de agosto de 2012 à outubro de 2012, com os acadêmicos concluintes dos cursos de Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior (IES) privadas do município de João Pessoa-Paraíba.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Em Janeiro de 2012, segundo dados do Ministério da Educação - MEC, o município de João Pessoa-PB possuía (04) quatro IES privadas com cursos de Fisioterapia. Considerando o critério de inclusão estabelecido, a população deste estudo se limitou inicialmente a três cursos de Fisioterapia que na ocasião, se encontravam com turmas no último ano de graduação.

Considerando o critério de inclusão, uma (01) Instituição foi desclassificada da população deste estudo, sendo então, formada por três (03) Instituições. O critério de exclusão foi não ter turma concluinte no segundo semestre de 2012. Os cursos envolvidos foram distribuídos da seguinte forma: Instituição de Ensino Superior I (IES I), Instituição de Ensino Superior II (IES II) e Instituição de Ensino Superior III (IES III).

Diante do exposto, o universo da pesquisa foi constituído por todos os acadêmicos concluintes (N=60), dos (03) três cursos de Fisioterapia, de natureza privada, do município de João Pessoa-PB.

A amostra foi composta, por todos os acadêmicos presentes no momento da coleta de dados e que voluntariamente preencheram os questionários, num total de 44 indivíduos, constituindo 73,3% do universo (Tabela 1).

Tabela 1– Caracterização do universo e da amostra quanto à Instituição

INSTITUIÇÃO	UNIVERSO	AMOSTRA	RESPONDENTES (%)
IES I	11	10	90,9
IES II	32	20	62,5
IES III	17	14	82,3
TOTAL	60	44	73,3%

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA

Foram incluídos os cursos privados de Fisioterapia do município de João Pessoa-PB reconhecidos pelo MEC em Janeiro de 2012, que no período da pesquisa apresentou turmas concluintes. Este critério de inclusão tornou-se uma necessidade, visto que os estágios relacionados à SP e Fisioterapia Preventiva acontecem, em várias instituições, somente no último ano do curso.

Como critérios de exclusão da amostra estiveram às instituições que não se enquadram nos critérios de inclusão e os acadêmicos não concluintes no segundo semestre do ano de 2012; os que fossem transferidos de outras Instituições de Ensino Superior no último ano e ainda os que se recusaram a participar da pesquisa.

4.5 RISCOS E BENEFÍCIOS OFERECIDOS PELA PESQUISA

A presente pesquisa ofereceu risco mínimo aos seus participantes, onde poderíam ter sido de ordem moral, como algum constrangimento, os quais foram atenuados, ou minimizados por meio de uma conversa franca e esclarecedora, deixando claro que o individuo podería deixar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo. E os

benefícios foram de grande valia, pois esta pesquisa visou elucidar sobre as percepções e práticas de Educação em Saúde dos acadêmicos concluintes dos cursos de Fisioterapia das IES do município de João Pessoa-PB e ainda contribuiu para o enriquecimento do conhecimento acadêmico e cientifico.

4.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foi utilizado um questionário biodemográfico (APÊNDICE A) e um questionário de autopreenchimento (APÊNDICE B), que foi aplicado aos acadêmicos, construído pelo investigador para esse efeito, porém adaptado de Carvalho (2007), para avaliar as percepções e práticas em relação à Educação para a Saúde.

Segundo Marconi e Lakatos (2005, p.203), "o questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador".

4.6.1 Realização do Pré-teste (Piloto)

Com o objetivo de testar o instrumento de coleta de dados, foi realizado um pré-teste que, segundo Marconi e Lakatos (2005, p.205) "permitiu que fossem identificadas possíveis falhas como inconsistência das questões, ambiguidades, perguntas supérfluas, entre outras".

Para a realização do pré-teste foi selecionado um curso da área da Saúde de uma IES privada, com turmas no último ano de graduação, ou seja, de acordo com os critérios de inclusão utilizados neste estudo. Ser de uma IES privada tornava-se interessante já que no grupo selecionado para o estudo, as instituições foram de natureza privada. O teste só foi realizado após aprovação do Comitê de Ética.

Inicialmente foi feito o convite ao coordenador para participar e após consentimento foi aplicado aos acadêmicos, conforme foi explicitado no item aspectos éticos.

Após uma primeira adaptação do questionário e decorrida uma fase de refinamento das questões, este foi aplicado, a título experimental, a um grupo de acadêmicos da IES do município de Patos-PB, com características muito semelhantes à da população em estudo.

Este teste piloto serviu para refinar o instrumento com o objetivo de (Gil, 1995; Parahoo, 2006):

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

Este estudo piloto foi realizado no mês de março de 2012, com um grupo de 30 alunos do 9° período do curso de Enfermagem, que correspondem a 50,0% 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 apêndice (APÊNDICE B). O questionário final ficou constituído por 64 questões das quais 6 são abertas, 1 semi-aberta e 57 são fechadas. Optou-se por manter 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).

Estabelecida à seleção das IES que se encontravam dentro dos critérios de inclusão do estudo, procedemos aos contatos iniciais com os coordenadores de cursos através de contato telefônico, visita a Instituição e contato pessoal durante o mês de março de 2012, para convite à participação e exposição do estudo.

No que diz respeito à aplicação dos questionários com os acadêmicos, foi realizado após o parecer de aprovação do Comitê de Ética (ANEXO A), entrando em contato com a Instituição para agendar uma data para colheita dos dados. Nesta referida data, os participantes da pesquisa foram contatados, explicando-se claramente os objetivos da pesquisa e mostrando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) para a sua autorização, bem como o Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE D) assumindo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Após o consentimento dos sujeitos foi aplicado o instrumento na forma de questionário e no próprio local.

4.6.2 Questionários

- Questionário Biodemográfico

O Questionário Biodemográfico foi estruturado com o objetivo de fornecer as características biodemográficas da amostra através da caracterização por gênero, idade, estado civil, residência, renda familiar e prática religiosa.

- Questionário de Auto-preenchimento

.

O questionário foi estruturado para fornecer as informações sobre as Concepções ensinadas:

1. Representação mental do conceito de Saúde (Questão 1)
2. Importância atribuída pelos acadêmicos aos conceitos de Saúde, Saúde Pública, Promoção da Saúde (PrS) e Educação para a Saúde (EpS) e diferenciação entre os conceitos de PrS e de EpS (Questões 2, 3, 7, 7.1, 7.2 e 7.3);
3. Percepção dos acadêmicos 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 4.1 à 4.3, 5.1 à 5.7, 6.1 à 6.5, 8.1 à 8.5, 9.1 à 9.7, 10.1 à 10.7, 12, 12.1).
4. Caracterização do comportamento nas práticas de EpS (Questões 11.1, 11.2, 11.3).

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Como suporte para o tratamento estatístico e formação do banco de dados, foi utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) 18.0 para Windows.

No tratamento, propriamente dito, para avaliar diferenças entre amostras, recorremos ao teste estatístico Análise de Variância (ANOVA), com um nível de significância de $p \leq 0,05$ para avaliar se existe uma significância entre as médias ou de duas condições (DANCEY; REIDY, 2006).

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

4.7.1 Caracterização dos acadêmicos

Procedemos à distribuição das frequências absolutas e frequencia relativa (%) de respondentes, a nível de cada IES envolvido no estudo e no total.

4.7.2 Conceito de Saúde, Promoção da Saúde, Educação para a Saúde e conceitos Interligados

- Representação mental do conceito de saúde

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

- Importância atribuída aos conceitos

Recorremos à distribuição das frequências relativas das frases consideradas mais importantes de cada um dos conceitos pelos acadêmicos de cada IES.

Aplicamos 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 acadêmicos das diferentes Instituições.

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 (CARVALHO, 2007). 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 objeto. Assim, neste caso:

H0 – Não há diferença na importância atribuída às frases;

H1 – Há diferença na importância atribuída às frases.

Não se rejeita H0 se as ordens ocorrerem com iguais frequências na amostra. Se o valor de $p < 0,05$, rejeita-se H0 e conclui-se que a importância atribuída às frases é diferente. Vale salientar que as classificações mais elevadas (média dos *rankings*) correspondem às frases consideradas menos importantes e vice-versa, ou seja, maiores classificações, menor importância atribuída.

- Tipos de conceitos de Promoção da Saúde/Educação para a Saúde

Recorremos à distribuição da amostra por IES, no que se refere à questão 7. "Os termos PrS e EpS são diferentes?"; à questão 7.2, que encontrar-se relacionada aos tipos de conceito de PrS/EpS e a questão 7.3 relativa ao enquadramento de um grupo de quatro frases no âmbito da PrS ou da EpS.

A tipificação dos conceitos de PrS e EpS, foi obtida de modo indireto e, baseou-se nas respostas dos alunos participantes no estudo à questão 7.2 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 Ativas 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.

4.7.3 Eixos de valores em Promoção da Saúde e em Educação para a Saúde: tendências dos acadêmicos

A fim de avaliar, a posição dos acadêmicos das diversas Instituições, de acordo com cada um dos polos dos seis Eixos de valores em PrS/EpS (Social/Individual;

Salutogénico/Patogénico; Holístico/Reducionista; Equidade/Desigualdade; Autonomia/Dependência e Democrático/Autocrático), optamos por perguntas fechadas dicotómicas, para evitar que os acadêmicos assumissem posições neutras. Deste modo, tiveram que escolher entre um pólo ou o outro, que se situa em extremos opostos.

Num primeiro passo, procedemos à recodificação das variáveis, atribuindo o *score* 1 ao polo negativo (exemplo: Eixo Social/individual – Polo Individual) e o *score* 5 ao polo positivo (Polo 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 IES, 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.

Efetuamos a distribuição da amostra quanto à questão 12 "A EpS tem valores a Promover? ", por Instituição.

O teste ANOVA ainda foi utilizado para avaliar as diferenças entre as médias dos *scores* dos alunos das IES.

Após o tratamento estatístico dos dados, os mesmos foram dispostos em forma de tabelas e gráficos, trabalhados pelos programas Microsoft versão 2010 do Word e Excel, estando de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada a partir do consentimento do participante mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C), deixando claro ao voluntário que lhe foi dado o direito de interromper livremente a sua participação, ou retirar o consentimento quando desejar sem sofrer qualquer penalização e que não foi oferecido, nenhum ônus econômico-financeiro ao participante, não havendo nenhuma forma de indenização ou ressarcimento durante ou após o curso da pesquisa (BRASIL, 1996).

Os pesquisadores se comprometeram ainda, por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador, a informar o participante que haveria total sigilo sobre as informações coletadas bem como realizar a pesquisa esta de acordo com a Resolução n° 196/96 do Conselho

Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa fosse preservada como todos os direitos sobre os princípios éticos como: Beneficência, Respeito e Justiça (BRASIL, 1996).

Foi apresentado semestralmente e sempre que fosse solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdades Integradas de Patos - FIP), qualquer eventual modificação proposta no projeto.

Capítulo 5

Resultados e Discussões

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Uma vez apresentados os fundamentos teóricos e metodológicos que compõem esta pesquisa, nesta secção estão apresentados os resultados obtidos através do estudo, divididos em dois sub-capítulos. No primeiro sub-capítulo estão apresentados os dados correspondentes as características biodemográficas da amostra e no segundo sub-capítulo estão apresentados os dados obtidos da aplicação do instrumento de coleta de dados, o questionário de auto-preenchimento, que diz respeito às concepções ensinadas, bem como sua análise e discussão, correlacionando com a literatura.

5.1 CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

Participaram deste estudo 44 acadêmicos, dos quais 14 são da IES 1, 20 são da IES 2 e 10 da IES 3, todos concluintes de instituições privadas do município de João Pessoa –PB. A tabela 2 permite uma melhor visualização da amostra.

Tabela 2. Caracterização da amostra (N=44)

VARIÁVEIS	NÍVEIS	F				%			
		IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
Acadêmico		14	20	10	44	31,8	45,5	22,7	100,0
Gênero	**Feminino**	12	18	8	38	85,7	90,0	80,0	86,4
	Masculino	2	2	2	6	14,3	10,0	20,0	13,6
Faixa Etária	**20-29**	14	18	8	40	100	90,0	80,0	90,9
	30-39	0	2	1	3	0	10,0	10,0	6,8
	40-49	0	0	1	1	0	0	10,0	2,3
Estado Civil	**Solteiro**	11	16	5	32	78,6	80,0	50,0	72,7
	Casado/ Convive	3	4	5	12	21,4	20,0	50,0	27,3

Continuação da Tabela 2. Caracterização da amostra (N=44)

VARIÁVEIS	NÍVEIS	F				%			
		IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
Estado Civil	**Viúvo**	0	0	0	0	0	0	0	0
	Divorciado/ Separado	0	0	0	0	0	0	0	0
Residência	**Própria**	12	18	8	38	85,7	90,0	80,0	86,4
	Alugada	2	2	2	6	14,3	10,0	20,0	13,6
Renda	**< 2.000,00**$	4	3	3	10	27,3	15,0	30,0	22,7
	2.000,00$ **à 3.300,00**$	4	3	5	12	27,3	15,0	50,0	27,2
	3.300,00$ **à 4.275,00**$	3	7	1	11	22,7	35,0	10,0	25,0
	> 4.275,00$	3	7	1	11	22,7	35,0	10,0	25,0
Prática Religiosa	**Católico**	14	19	8	41	100	95,0	80,0	93,2
	Evangélico	0	1	2	3	0	5,0	20,0	6,8

A idade média obtida dos acadêmicos da IES 1 foi de 23,93 anos (DP= 1,59), sendo 12 (85,7%) do gênero feminino e 2 (14,3%) do gênero masculino. A Faixa etária predominante foi de 20-29 anos (100%), sendo a maioria solteiro, correspondendo a 11 acadêmicos (78,6%), sendo 12 com residência própria (85,7%) e 14 católicos (100%), com renda familiar variando de **<** 2.000,00$, equivalendo a 4 acadêmicos (27,3%) e entre 2.000,00$ à 3.300,00$, sendo 4 acadêmicos (27,3%).

Os acadêmicos da IES 2 apresentaram média de idade de 24,5 anos (DP= 3,15), dos quais 18 (90,0%) do gênero feminino e 2 (10,0%) do gênero masculino. Em sua maioria estão com idade variando de 20-29 anos (90,0%), sendo 18 solteiros (80,0%), com residência própria (90,0%), 19 de religião católica (95,0%) e 7 acadêmicos com renda familiar predominantes nas faixas de 3.300,00$ à 4.275,00$ (35,0%) e 7 com renda **>** 4.275,00$ (35,0%).

Na IES 3 os acadêmicos apresentaram média de idade de 28,10 anos (DP= 7,57), sendo 8 (80,0%) do gênero feminino e 2 (20,0%) do gênero masculino. A faixa etária predominante foi de 20-29 anos com 8 acadêmicos (80,0%), sendo 5 (50,0%) solteiros e 5 (50,0%) casados/convive, 8 com residência própria (80,0%) e religião católica (80,0%) e 5 com renda familiar de 2.000,00$ à 3.300,00$ (50,0%).

Na distribuição geral da amostra, os acadêmicos apresentaram média de idade de 25,14 anos (DP= 4,46), variando de 21 a 48 anos e faixa etária predominante 20-29 anos, sendo 40 acadêmicos (90,9%). A distribuição da amostra foi estratificada pela instituição de ensino superior, sendo composta por 14 (31,8%) acadêmicos da IES 1, 20 (45,4%) acadêmicos da IES 2 e 10 (22,7%) acadêmicos da IES 3, destes 38 (86,4%) do gênero feminino e 6 (13,6%) do gênero masculino. Quanto ao estado civil a maioria, correspondendo a 32 acadêmicos encontra-se solteiro (72,7%), 38 com residência própria (86,4%), 41 com prática religiosa católica (93,2%) e 12 com renda familiar predominante de 2.000,00$ à 3.300,00$ (27,2%).

Formiguieri (2003) correlaciona o percentual de idade jovem e de serem solteiros, deve-se ao fato de que a Fisioterapia no Brasil é uma profissão nova, reconhecida e regulamentada há 43 anos e que apresentou expansão no número de profissionais nos últimos dez anos, com crescimento da oferta de cursos nas universidades neste período.

De acordo com Ramos (2009) o gênero feminino tem maior interesse em frequentar cursos de nível superior, principalmente cursos voltados para área da saúde, onde as mulheres desistem mais dificilmente do que os homens, sendo assim a taxa de abandono de cursos universitários é muito superior nos homens, o que aumenta ainda mais o fosso entre os sexos. Este dado corrobora com os nossos achados, por apresentar prevalência do gênero feminino (86,4%; n=38) em cursos de nível superior na área da saúde.

5.2 CONCEPÇÕES ENSINADAS: ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS

Neste momento serão apresentados os resultados da aplicação do questionário de auto-preenchimento, começando pelos conceitos, passando aos valores em PrS/EpS e, finalizando com os dados relativos às práticas de EpS.

5.2.1 Representação mental do conceito de Saúde

Serão apresentados os resultados correspondentes à solicitação feita aos acadêmicos para que escrevessem uma expressão (Questão 1 do questionário, Apêndice B), que lhes viesse espontaneamente à ideia, sobre o conceito de "Saúde". Cada palavra-chave podia ser indicada pela totalidade dos participantes sendo tratada como uma variável, sendo assim a soma das porcentagens de todas as palavras-chave, ultrapassa os 100%.

Na quantificação da palavra-chave "Bem-estar", também foram consideradas as associações da mesma, às diversas dimensões da saúde como a física, mental, social. Na quantificação da palavra-chave "Educação" incluiu-se a expressão "Educação em Saúde".

Abaixo estão apresentadas as vinte expressões mais citadas, bem como as cinco primeiras expressões mais utilizadas pelo total de acadêmicos da amostra e a frequência relativa mais elevada de cada palavra-chave em negrito.

Tabela 3 Palavras-chave utilizadas pelos acadêmicos para representar o termo "Saúde"(%)

EXPRESSÕES	**F**				**%**			
	IES 1	IES 2	IES 3	TOTAL	IES 1	IES 2	IES 3	TOTAL
Bem-estar	9	17	6	**32**	**18,0**	17,8	17,6	**17,8**
Paz	5	11	1	**17**	10,0	**11,5**	3,0	**9,4**
Vida	4	10	2	**16**	8,0	**10,5**	5,9	**8,9**
Felicidade	3	5	3	**11**	6,0	5,2	**8,8**	**6,1**
Educação	1	7	2	**10**	2,0	**7,3**	5,9	**5,5**
Qualidade de Vida	1	6	2	9	2,0	**6,3**	5,9	5,0
Alimentação	3	4	1	8	**6,0**	4,2	2,9	4,4
Humanização	3	3	2	8	**6,0**	3,1	5,9	4,4
Amor	4	3	1	8	**8,0**	3,1	2,9	4,4
Hábitos Saudáveis	2	2	2	6	4,0	2,1	**5,9**	3,3
Tranquilidade	1	4	1	6	2,0	**4,2**	2,9	3,3
Responsabilidade	2	4	-	6	4,0	**4,2**	-	3,3
Coletiva	2	2	2	6	4,0	2,1	**5,9**	3,3
Direito	1	4	1	6	2,0	**4,2**	2,9	3,3
Descaso	2	-	4	6	4,0	-	**11,7**	3,3

Continuação da Tabela 3 Palavras-chave utilizadas pelos acadêmicos para representar o termo "Saúde" (F) (%)

EXPRESSÕES	F				%			
	IES 1	IES 2	IES 3	TOTAL	IES 1	IES 2	IES 3	TOTAL
Cuidado	1	4	-	5	2,0	**4,2**	-	2,7
Multidisciplinar	2	2	1	5	**4,0**	2,1	2,9	2,7
Disposição	-	3	2	5	0	**5,2**	5,9	2,7
Atividade Física	2	2	1	5	**4,0**	2,1	2,9	2,7
SUS	2	2	-	4	**4,0**	2,1	-	2,2
Total	50	95	34	179	100	100	100	100

As palavras-chave indicadas com maior frequência, na totalidade da amostra foram "Bem-estar", "Paz", "Vida", "Felicidade" e "Educação", porém foram citadas também palavras-chave com menor frequência, como qualidade de vida, alimentação, humanização, amor, hábitos saudáveis, tranquilidade, responsabilidade, coletiva, direito, descaso, cuidado, multidisciplinar, disposição, atividade física e SUS (TABELA 3).

A palavra-chave mais utilizada para representar o termo "Saúde", foi "**Bem-estar**", tendo aparecido 32 vezes (17,8%). A IES 1 (18,0%, n=9) e IES 2 (17,8%, n=17) foram as que mais contribuíram para este fato (TABELA 3). No entanto, em todas as IES, esta palavra-chave, foi a que apareceu o maior número de vezes.

Uma consideração à cerca das cinco palavras-chave mais utilizadas pelos acadêmicos para representar o conceito de "saúde" permite relacioná-las a um conceito positivo de saúde, bem como as demais palavras-chave que tiveram menor prevalência, apenas duas palavras-chave citadas foram de caráter negativo, sendo estas "descaso" e "cuidado", o que contraria os dados do estudo de Carvalho (2007), onde apesar da palavra-chave "bem-estar" ser a mais citada predominaram as palavras-chave de conceito negativo, como "hospital", "doença", "medicamentos", entre outras, definindo a visão reducionista de sua amostra em estudo.

Já no estudo realizado por Fernandes e Lopes (2002), com 98 acadêmicos de cursos de nível superior, as palavras mais frequentemente referidas para representar o conceito de "Saúde" foram "Bem-estar", "Alegria", "Equilíbrio", "Felicidade" "Vida" e "Doença". Quase todas estas palavras foram mencionadas pelos acadêmicos do presente estudo, mantendo-se a palavra "Bem-estar" como a mais indicada, evidenciando assim a semelhança com os nossos

achados, visto que a maioria das palavras citadas é de caráter positivo, sendo a palavra "doença" a única associada ao conceito negativo de Saúde.

5.2.2 Importância atribuída aos conceitos

Com o objetivo de avaliar a importância atribuída aos diferentes conceitos, foram utilizadas as questões 2, 3 e 7 e 7.2, que apresentavam frases que tinham implícito determinado conceito, onde os acadêmicos teriam de as ordenar de 1 a 4 por ordem de importância. A questão 2 foi utilizada para avaliar o conceito de Saúde, a questão 3 para avaliar o conceito de Saúde Pública (SP), a questão 7 para avaliar a diferenciação entre a PrS e EpS e a questão 7.2 para avaliar os conceitos de PrS e EpS (APÊNDICE B).

A seguir serão apresentados os dados relativos à frequência absoluta e relativa da frase considerada como a mais importante para os diversos conceitos de cada IES e na totalidade da amostra.

5.2.2.1 Conceito de Saúde: Positivo/Negativo; dinâmico/estático

Com relação ao **Conceito de Saúde**, de acordo com Carvalho (2007) objetivou-se estudar dois tipos de conceito: o conceito de saúde "**positivo**" versus "**negativo**" e o conceito "**dinâmico**" versus "**estático**". Considerando-se que na frase esteja implícito, um conceito de saúde "positivo", quando iguala saúde a bem-estar com inclusão das dimensões física, mental e social; um conceito de saúde "negativo", quando define saúde como ausência de doença e a reduz, apenas, à dimensão física.

A frase concernente ao Conceito de Saúde classificada como a mais importante pela totalidade da amostra (54,5%, n=24) é a F.Pos.1, sendo então conceito de Saúde considerado como "positivo". As Instituições que mais contribuíram para este fato foram a IES 1 (64,3 %, n=9) e a IES 2 (55,0 %, n=11). No lado oposto a F.Neg.1 é a segunda considerada como a mais importante pela total da amostra (40,9 %, n =18), a qual considera o conceito de Saúde como "negativo", sendo a IES 3 a que mais contribuíu com (50,0 %, n=5), contudo se

somarmos as frases com a mesma tendência, ainda sim, há um predomínio do conceito de saúde positivo (56,8%, n=25) (TABELA 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto à frase considerada como a mais importante do conceito de Saúde "**Positivo/Negativo**" por IES (F) (%).

Conceitos /IES	**F**				**%**			
	IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
F.Pos.1	9	11	4	24	64,3	55,0	20,0	54,5
F.Pos.2	0	0	1	1	0	0	10,0	2,3
F.Neg.1	4	9	5	18	28,6	45,0	50,0	40,9
F.Neg.2	1	0	0	1	7,1	0	0	2,3
Total	14	20	10	44	100	100	100	100

Legenda:
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

Constata-se que através do Teste de Friedman que existem diferenças altamente significativas (p = 0,000) entre as quatro frases, sendo a F. Pos 1 a que tem menor classificação e consequentemente a mais importente,como relatado na metodologia.

O conceito de Saúde que marcou muitas gerações passadas e ainda continua a moldar as gerações atuais foi formalizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), 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*" (CARVALHO, 2007).

De acordo com Downie, Tannahill e Tannahill (2000) 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 caráter estático (completo bem-estar), a sua subjectividade.

Ainda na avaliação do **Conceito de Saúde** rotulou-se que a frase contém de forma implícita um conceito "**dinâmico**", quando considera que a separação entre saúde e doença não é absoluta, existindo diferentes graus de saúde e de doença e têm em conta a capacidade de funcionamento das pessoas; um conceito "**estático**", quando declara existir uma separação absoluta entre saúde e doença.

A tabela 5 apresenta a distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de Saúde "**Dinâmico/Estático**" por IES (F) (%).

Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de Saúde "**Dinâmico/Estático**" por IES (F) (%).

Conceitos /IES	**F**				**%**			
	IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
F.Din.1	2	4	4	10	14,3	20,0	40,0	22,7
F.Din.2	6	7	3	16	42,9	35,0	30,0	36,4
F.Est.1	1	6	3	10	7,1	30,0	30,0	22,7
F.Est.2	5	3	0	8	35,7	15,0	0	18,2
Total	14	20	10	44	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

À frase considerada como a mais importante pela totalidade da amostra estão apresentados na tabela 5 e esta é a F.Din.2 de caráter "**dinâmico**" correspondendo a 16 indivíduis (36,4 %), sendo a IES 1 (42,9%, n=6) que mais contríbui para este fato, seguida das frases F. Din. 1 (22,7%, n=10), sendo mais citada pela IES 3 (40,0 %, n=4) e a frase de conceito "**estático**" F. Est.1 (22,7%, n=10), sendo às IES 2 (n=6) e IES 3 (n=3) com 30,0 %, que mais contribuíram (TABELA 5). Unificando as frases da mesma tendência, verificamos que 26 (59,1%) acadêmicos da amostra consideram mais importantes as frases de caráter "**dinâmico**" e 18 (40,9 %) as frases de caráter "**estático**", o que demonstra que a maioria dos acadêmicos tem uma perspectiva dinâmica do conceito de Saúde.

Através do Teste de Friedman verificou-se que não existem diferenças significativas (p = 0,165) entre as quatro frases, sendo a F. Din 2 a que tem menor classificação.

Fernando e Lopes (2002) descrevem em seus estudos o modelo social que passa a idéia de que é necessária a ausência total de doença para estar com saúde, modelo este que pode ser correlacionado à sua influência ao fato de 40,9% dos acadêmicos considerarem a F.Est.1 como mais importante, que estabelece "a separação entre saúde e doença é absoluta".

De acordo com este modelo de ausência total de doença, para ser saudável, poderá originar que na prática de cuidados as prioridades sejam atribuídas ao tratamento e não à Promoção da Saúde (CARVALHO, 2007).

5.2.2.2 Conceito de Saúde Pública: Abrangente/Reducionista

Com relação ao **conceito de SP**, Carvalho (2007) considerou um conceito "**abrangente**", quando a frase referia-se a contribuição desta para a melhoria da saúde de toda a população ou à interligação entre a saúde e o meio ambiente. Se pelo contrário, menciona que a SP protege os indivíduos, enquanto pessoas individuais ou faz a conexão entre saúde e o comportamento individual, rotulou-se como um conceito "**reducionista**".

A frase considerada como a mais importante para este conceito foi a F.Red.1 (43,2 %, N=19) de caráter "**reducionista**", sendo as IES 3 (50,0%, n=5) e a IES 2 (45,0 %, n=9) com maior proporção nesta tendência, seguida da frase F. Abr. 2 de cárater "**Abrangente**" (29,5%, n=13), sendo a IES 1 (42,9%, n=6) que apresentou a maior proporção nesta tendência (TABELA 6). Se agruparmos as frases da mesma tendência, constatamos que apenas 21 (47,7%) dos acadêmicos atribuem mais importância às frases de caráter "**abrangente**" e 23 (52,3%) às frases de caráter "**reducionista**". Existe, pois, uma maioria com uma perspectiva reducionista sobre o conceito de SP.

Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de "**Saúde Pública**" por IES (F) (%).

Conceitos /IES	**F**				**%**			
	IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
F.Abr.1	1	5	2	8	7,1	25,0	20,0	18,2
F.Abr.2	6	4	3	13	42,9	20,0	30,0	29,5
F.Red.1	5	9	5	19	35,7	45,0	50,0	43,2
F.Red.2	2	2	0	4	14,3	10,0	0	9,1
Total	14	20	10	44	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

Constata-se que através do Teste de Friedman existem diferenças significativas (p = 0,001) entre as quatro frases, sendo a F. Red.1 a que tem menor classificação e maior importância.

Pera (2003) apresenta uma definição de SP como "Um compromisso com a ação para melhorar a saúde coletiva". Neste sentido para além da referência à ação, aponta a questão do compromisso, não perdendo de vista o âmbito coletivo da SP.

Davies e Macdowall (2006) conceituam SP descrevendo-a como "A ciência e a arte de promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida através de esforços organizados da sociedade". Este conceito 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, determinando um conceito de SP de caráter abrangente, voltado para concepções mais atualizadas do termo, o que contrasta com as informações encontradas no presente estudo, uma vez que apresentam uma visão reducionista e antiquada do conceito.

5.2.2.3 Conceito de Promoção da Saúde: Abrangente/Reducionista

A frase voltada para o **conceito de PrS** quando referia-se que a mesma é um processo, que ajuda as pessoas a controlar a sua saúde ou que desenvolve as capacidades das pessoas, incentivando a sua participação, definiu-a como 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**" (CARVALHO 2007).

A frase considerada como a mais importante para este conceito pelo total da amostra foi a F.Red.2 (47,7 %, n=21), considerada de conceito "**reducionista**", sendo as instituições que mais contribuíram para este fato as IES 2 e IES 3, com 11 (55,0%) e 5 (50,0%) acadêmicos respectivamente. A F.Abr.2, de caráter "**abrangente**", foi a segunda frase considerada pela totalidade da amostra (22,7 %, n=10) como a mais importante, sendo a IES 1 (35,7 %, n=5) a que mais contribuíu (TABELA 7). Ao agrupar as frases de mesma tendência, constatamos que 25 (56,8%) acadêmicos da amostra atribuem mais importância às frases de caráter "**reducionista**" e 19 (43,2%) às frases de caráter "**abrangente**". Sendo assim, é um conceito onde a perspectiva reducionista mais se destaca (TABELA 7).

Tabela 7 - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de "**Promoção da Saúde**" (PrS) por IES (F) (%).

Conceitos /IES	**F**				**%**			
	IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
F.Abr.1	2	4	3	9	14,3	20,0	30,0	20,5
F.Abr.2	5	5	0	10	35,7	25,0	0	22,7
F.Red.1	2	0	2	4	14,3	0	20,0	9,1
F.Red.2	5	11	5	21	35,7	55,0	50,0	47,7
Total	14	20	10	44	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 atividades destinadas a evitar a doença

Através do Teste de Friedman constatou-se que não existem diferenças altamente significativas (p = 0,089) entre as quatro frases, apesar da F. Red. 2 a que tem menor classificação.

Estes dados vão de encontro aos obtidos por Clark e Maben (1998), que afirmam que a maioria dos acadêmicos de sua amostra, possui modelos médicos de PrS confinados à saúde física, voltados para um conceito "reducionista" e diferem dos dados encontrados por Carvalho (2007), onde a maioria dos acadêmicos de sua amostra apresentou um conceito de PrS de caráter "abrangente", o que evidencia um conceito voltado para novos paradigmas.

5.2.2.4 Conceito de Educação para a Saúde: Ativo/Passivo

Por fim Carvalho (2007) qualificou ser um conceito de Educação para a Saúde (EpS) "ativo", quando a frase define a EpS como um processo de aprendizagem interactivo, feito com as pessoas. Por outro lado, se a frase reduz a EpS, a uma atividade de transmissão de conhecimentos ou a considera como uma atividade feita para as pessoas, o conceito implícito de EpS é o conceito considerado "passivo".

Considerando o **Conceito de Educação para a Saúde** a frase classificada como a mais importante pelo total da amostra foi a frase de caráter "**passivo"** que é a F.Pas. 2 (38,6 %, n=17), sendo as IES 3 (50,0 %, n=5) e a IES 2 (40,0%, n=8) às que tiveram maior proporção para esta tendência, contrapondo-se a F.Ati.1, de caráter "**ativo"** foi a segunda

classificada como a mais importante pela totalidade da amostra (22,7 %, n=10), sendo a IES 1 (35,7%, n=5) à instituição que mais tendenciou (TABELA 8).

Tabela 8 - Distribuição da amostra quanto à frase considerada mais importante do conceito de "**Educação para a Saúde**" (EpS) por IES (F) (%).

Conceitos /IES	**F**				**%**			
	IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
F.Ati.1	5	4	1	10	35,7	20,0	10,0	22,7
F.Ati.2	4	4	1	9	28,6	20,0	10,0	20,5
F.Pas.1	1	4	3	8	7,1	20,0	30,0	18,2
F.Pas.2	4	8	5	17	28,6	40,0	50,0	38,6
Total	13	20	10	43	100	100	100	100

Legenda:
F.Ati.1 (Frase Ativa 1) - Processo interativo feito com as pessoas para lhes facilitar a adoção de comportamentos saudáveis
F.Ati.2 (Frase Ativa 2) - Processo de aprendizagem que procura trabalhar conhecimentos, atitudes, valores e competências
F.Pas.1 (Frase Passiva 1) - Atividade feita para as pessoas para lhes mudar os comportamentos não saudáveis
F.Pas.2 (Frase Passiva 2) - Atividade de transmissão de conhecimentos.

A tabela 8 ainda demonstra que, agrupando as frases da mesma tendência, verificamos que 25 (56,8 %) acadêmicos atribuem mais importância às frases de caráter "**passivo**", enquanto 19 (43,2 %) consideram como mais importantes as frases de caráter "**ativo**", desta maneira, a perspectiva passiva do conceito é maioritária.

Através do Teste de Friedman verificou-se que não existem diferenças significativas ($p = 0,760$) entre as quatro frases.

Os dados obtidos neste estudo opõem-se aos dados encontrados no estudo de Araújo (2006) em que os acadêmicos integraram o conceito de EpS com a promoção de bem-estar, prevenção de doenças e com o fornecer informação, que promova a mudança de comportamentos. Fazendo uma comparação com o presente estudo, os acadêmicos da nossa amostra ainda incorporaram uma perspectiva mais antiga da EpS, de caráter ainda passivo, demonstrando a sua correlação voltada ainda ao modelo biomédico.

Na diferenciação entre os termos **PrS e EpS**, os participantes responderam a questão 7 que continha a seguinte pergunta: **"Os termos PrS e EpS são diferentes?"**. Na totalidade da amostra a maioria assinalou que não são diferentes (59,1%, n=26), sendo a IES 1 (78,6%, n=11) à que mais contribuiu para esta tendência e havendo um igualdade entre as respostas nas IES 2 (50,0%, n=10) e da IES 3 (50,%, n=) (TABELA 9).

Tabela 9- Distribuição da amostra referente à questão "Os termos PrS e EpS são diferentes?" por IES e total da amostra (%)

Respostas /IES	**F**				**%**			
	IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
Sim	3	10	5	18	78,6	50,0	50,0	40,9
Não	11	10	5	26	21,4	50,0	50,0	59,1
Total	14	20	10	44	100	100	100	100

Nos estudos realizados por Carvalho (2007), Clark e Maben (1998) a maioria dos acadêmicos concordavam que os termos PrS e EpS eram diferentes contrastando com os dados obtidos no presente estudo, evidenciando a carência de conhecimento a cerca dos termos questionados.

À diferenciação entre os termos PrS e EpS, ainda é um assunto não consensual, dependendo da perspectiva de cada um e do contexto em que a PrS e a EpS são desenvolvidas (CARVALHO, 2007).

Downie, Tannahill e Tannahill (2000), também diferenciam claramente PrS da EpS, considerando a PrS mais abrangente do que a EpS, uma vez que esta atividade incorpora a PrS. Aos autores ainda ressaltam que há necessidade de preservar a distinção entre os dois termos, de modo que os elementos não educacionais da PrS sejam corretamente atingidos, enquanto sólidos princípios educacionais os suportem dentro de um contexto abrangente.

Ainda em relação à PrS e a EpS, os acadêmicos que que responderam que havia diferenças entre os termos, neste caso, em menor escala com (40,9%, n=18), foi solicitado que referissem suncitamente em que consistia essa diferença, no entanto, apenas uma minoria em todas as IES indicou diferenças consistentes, desta forma, foram desconsideradas tais respostas visto que houve um consenso quanto ao enquadramento de algumas dessas frases.

Na questão 7.3 do questionário foi requerido aos acadêmicos que assinalassem cada uma das quatro frases que integravam um quadro, a que se enquadrava mais no âmbito da PrS, na EpS ou em ambas .

Constatou-se que na totalidade da amostra, 26 acadêmicos (59,1%) assinalaram que a frase 1 – "Processo que visa criar condições para que as pessoas controlem a sua saúde", se enquadrava mais no contexto da PrS; já para a frase 2 –"Processo de aprendizagem, que procura trabalhar conhecimentos, atitudes, valores e competências", 32 acadêmicos assinalaram que se enquadrava mais na EpS (72,7%). Para a frase 3 da totalidade da amostra

22 acadêmicos (50,0%) indicou que a frase 3 – "Visa desenvolver as capacidades das pessoas, estimulando a sua participação", se enquadrava na EpS e para a frase 4 – "Processo interativo feito com as pessoas para lhes facilitar a adoção de comportamentos saudáveis", 23 acadêmicos assinalaram que se enquadrava mais na PrS (52,3%) (TABELA 10).

Tabela 10 -Distribuição da amostra quanto ao enquadramento de frases no âmbito daPrS, EpS ou em ambas (%)

Enq. Frase	**%**											
	IES 1			IES 2			IES 3			Total		
	PrS	EpS	PrS/ EpS	PrS	EpS	PrS/ EpS	PrS	EpS	PrS/ EpS	PrS	EpS	PrS/ EpS
Frase 1	57,1	35,8	7,1	60,0	35,0	5,0	60,0	20,0	20,0	59,1	31,8	9,1
Frase 2	28,6	64,3	7,1	15,0	85,0	0	20,0	60,0	20,0	20,5	72,7	6,8
Frase 3	21,4	50,0	28,6	40,0	55,0	5,0	30,0	40,0	30,0	31,8	50,0	18,2
Frase 4	50,0	28,6	21,4	60,0	35,0	5,0	40,0	30,0	30,0	52,3	31,8	15,9

Neste âmbito, Alvear (2003) destaca que a EpS atual, está aprofundada 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 ser mais eficaz.

5.2.3 Eixos de valores em Promoção da Saúde/Educação para a Saúde

Solicitou-se aos acadêmicos que respondessem se a EpS tem valores a promover, na Questão 12, desta forma, todas as IES participantes da pesquisa (amostra total) advogaram, sendo 33 (75,0%) em relação a esta opinião, sendo a IES 3 (80,0 %, n=8)) a que obteve maior proporção voltada para esta tendência, seguida da IES 2 (75,0%, n=15) e IES 1 (71,4%, n=10) (TABELA 11).

Tabela 11 - Distribuição da amostra referente à questão "A EpS tem valores a promover?" por IES e total da amostra (%)

Respostas /IES	**F**				**%**			
	IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
Sim	10	15	8	33	71,4	75,0	80,0	75,0
Não	4	5	2	11	28,6	25,0	20,0	25,0
Total	14	20	10	44	100	100	100	100

No estudo realizado por Carvalho (2007) a maioria da amostra em estudo considerou que a EpS tem valores a promover, ratificando os dados obtidos no presente estudo.

Ainda foi solicitar que esses valores fossem indicados, porém, foram desconsideradas tais respostas, visto que, houve uma inconsistência quanto ao enquadramento dos mesmos.

A fim de avaliar, a posição dos acadêmicos em relação a cada um dos pólos dos seis Eixos de valores em PrS/EpS, utilizou-se perguntas fechadas dicotômicas, para evitar que estes assumissem posições neutras. São seis os pólos de eixos de valores, sendo o Pólo do eixo de valores Social/Individual composto pelas questões 4.1, 4.2, 4.3, o Pólo Salutogênico/Patogênico pelas questões 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6 e 5.7, o Pólo Holístico/Reducionista pelas questões 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 e 6.5, o Pólo Equidade/Desigualdade pelas questões 8.1, 8.2, 8.3, 8.4 e 8.5, o Pólo Autonomia/Dependência pelas questões 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6 e 9.7 e o Pólo Democrático/Autocrático pelas questões 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6 e 10.7 (APÊNDICE B).

A grande maioria dos acadêmicos, que constituem a amostra posiciona-se no pólo Social, no pólo Salutogênico, no pólo Holístico, no pólo Equidade, no pólo Autonomia e no pólo Democrático, designados por pólos positivos. Abaixo estão apresentadas as médias gerais de todas as questões envolvidas nas seis dimensões, bem como os dados referentes ao teste ANOVA (TABELA 12).

Tabela 12- Dados referentes ao teste ANOVA das dimensões em relação aos pólos dos eixos de valores

Dimensão	**IES**			**ANOVA (Nível de Significância)**
	IES 1 (M,DP)	IES 2 (M,DP)	IES 3 (M,DP)	
Dimensão 1: Social/Individual	3,85±1,02	4,06±1,06	4,20±1,28	0,743
Dimensão 2: Salutogênico/Patogênico	3,32±0,65	3,51±0,72	3,40±0,64	0,729
Dimensão 3: Holístico/Reducionista	3,62±1,06	3,92±1,01	4,12±0,79	0,471
Dimensão 4: Equidade/Desigualdade	3,45±0,66	3,55±0,35	3,56±0,33	0,820
Dimensão 5: Autonomia/Dependência	3,53±0,69	3,88±0,47	4,02±0,54	0,086
Dimensão 6: Democrático/Autocrático	3,61±0,94	3,80±0,76	3,80±0,95	0,800

5.2.3.1 Eixo Social/Individual

Analisando as médias dos *scores* obtidos para o Eixo Socialndividual verifica-se que todas as IES analisadas posicionam-se no pólo Social, sendo a IES 3 (M= 4,20; DP=1,28) a que obteve a média mais elevada e a IES 1 (M= 3,85; DP=1,02) a menos elevada. Quanto ao teste ANOVA, não houve diferenças significativas entre as IES (p= 0,743) (TABELA 12).

Abaixo estão descritos os dados referentes ao posicionamento dos acadêmicos em relação a este pólo através da frequência relativa (%), onde na amostra total o Pólo Social apresentou 81,8% e o Individual 18,2% (GRÁFICO 1).

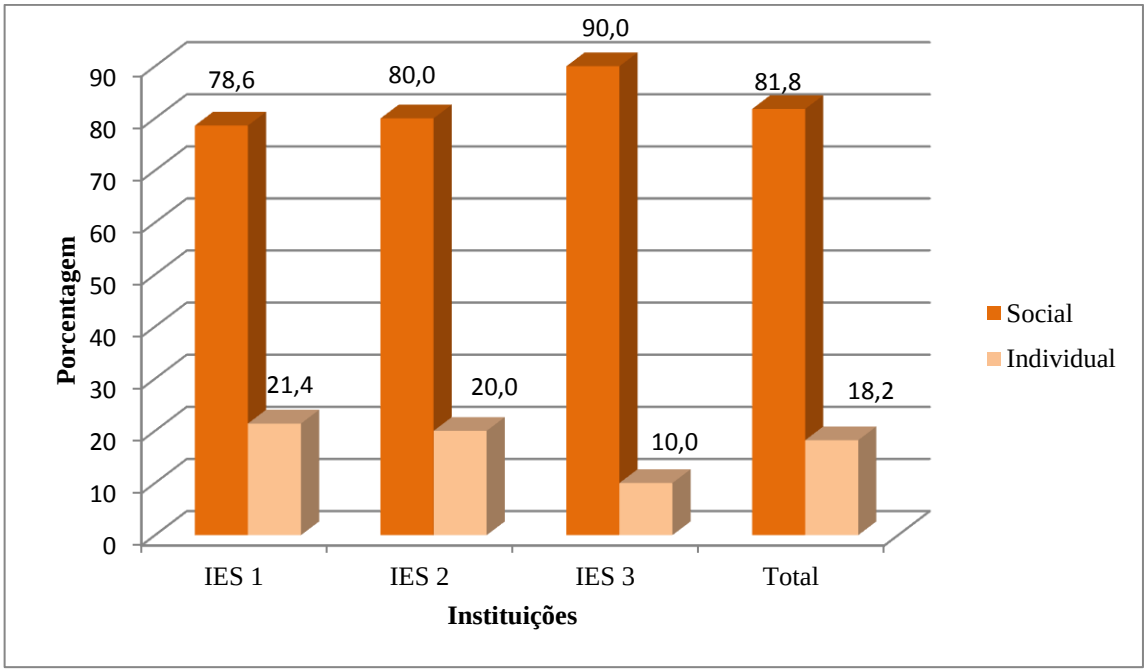


Gráfico 1. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Social/Individual por Instituição e no Total da amostra (%)

Scriven (2005) ressalta a 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 sim também dos serviços sociais e de toda população, destacando ainda que medidas significativas para melhorar a saúde das populações devem também ser tomadas fora desses setores, sendo inclusive de responsabilidade política.

5.2.3.2 Eixo Salutogênico/Patogênico

As médias dos *scores* obtidos para o Eixo Salutogênico/Patogênico em todas as IES analisadas posicionam-se no pólo Salutogênico, sendo a IES 2 (M= 3,51; DP=0,72) a que obteve a média mais elevada e a IES 1 (M= 3,32; DP=0,65) a menos elevada. Também foi verificado que não houve diferenças significativas (ANOVA: p=0,729) entre as IES (TABELA 12).

Com relação aos dados referentes ao posicionamento dos acadêmicos em relação a este pólo através da frequência relativa (%), o Pólo Salutogênico apresentou 75,0% e o pólo Individual 25,0%, sendo a IES 3 que mais contribuiu (GRÁFICO 2).

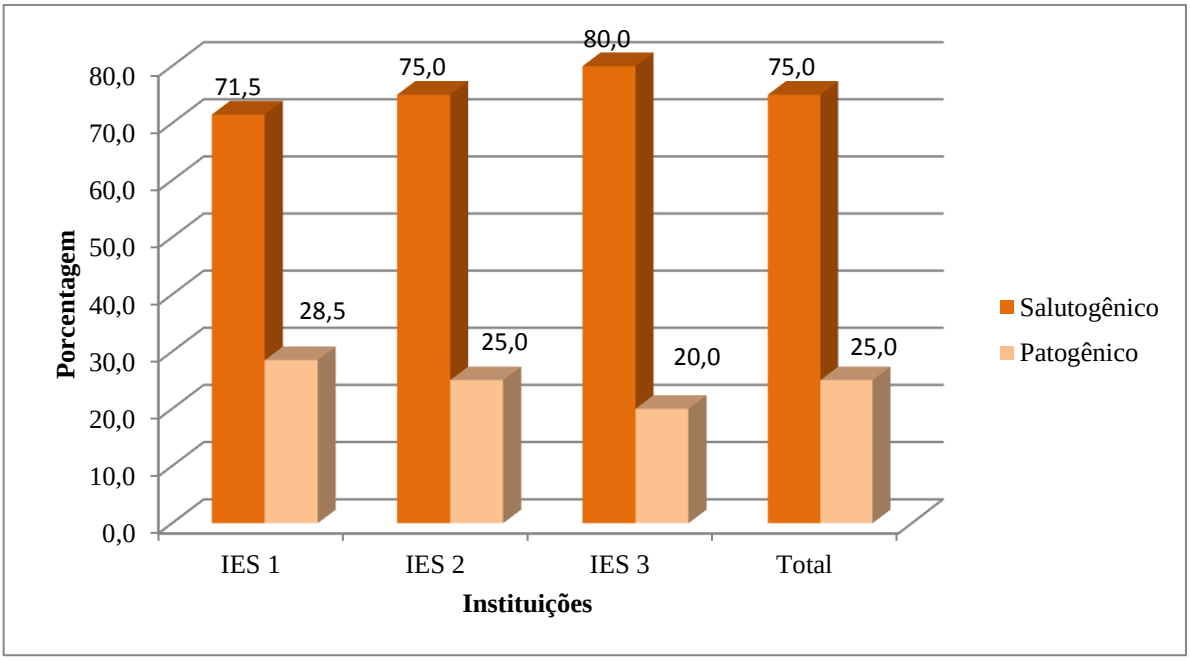


Gráfico 2. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Salutogênico/Patogênico por Instituição e no Total da amostra (%)

De acordo com Carvalho (2006), o modelo médico de saúde tem um caráter "patogênico", 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 "salutogênica" em que a ênfase é dada às causas que permitem que as pessoas se mantenham saudáveis, considerando que os agentes de estresse e de perturbação podem ser evitáveis ou contornáveis, pelo que a relação dinâmica entre o indivíduo e o seu ambiente torna-se extraordinariamente relevante.

5.2.3.3 Eixo Holístico/Reducionista

As médias dos *scores* obtidos para o Eixo Holístico/Reducionista em todas as IES analisadas posicionam-se no pólo Holístico, sendo a IES 3 (M= 4,12; DP=0,79) a que obteve a média mais elevada e a IES 1 (M= 3,45; DP=0,66) a menos elevada, não havendo diferenças significativas entre as IES (ANOVA: p = 0,471) (TABELA 12).

O pólo Holístico com relação à frequência relativa apresentou 79,6% do posicionamento dos acadêmicos na distribuição geral da amostra, sendo a IES 3 que mais tendenciou para esse polo, e o pólo Reducionista 20,4% (GRÁFICO 3).

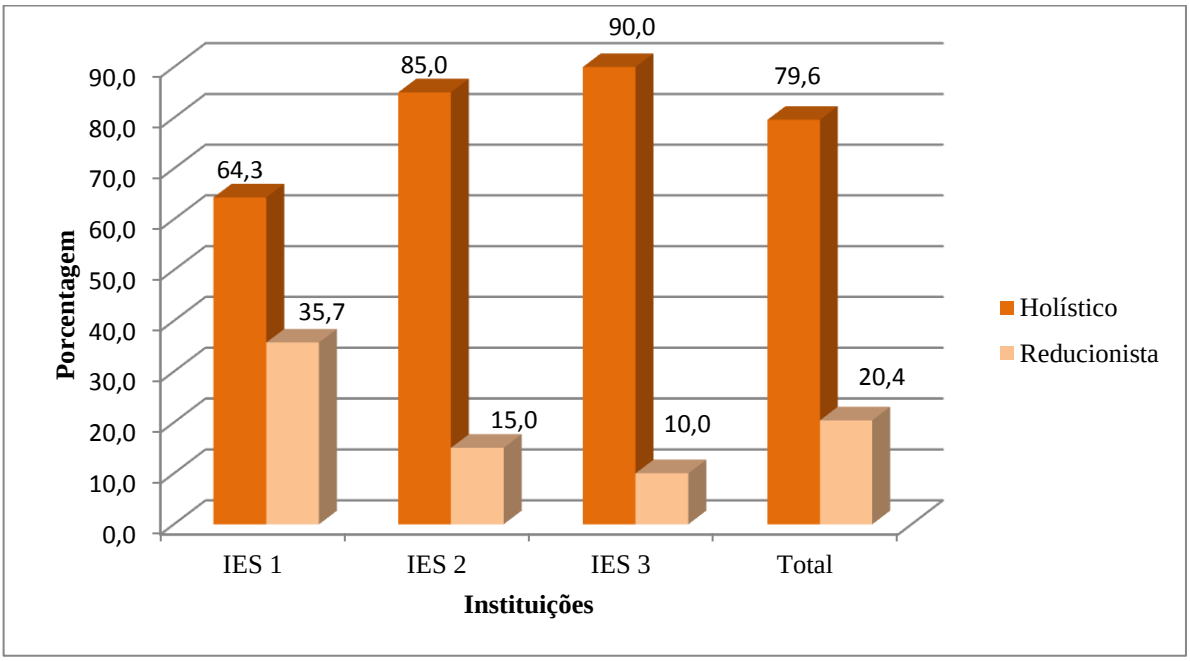


Gráfico 3. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Holístico/Reducionista por Instituição e no Total da amostra (%)

Morais (2004) destaca que paralelamente à aquisição de conhecimentos e de competências técnicas é importante que o paradigma dominante do cuidar seja o holístico.

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).

5.2.3.4 Eixo Equidade/Desigualdade

As médias dos *scores* obtidos para o Eixo Equidade/Desigualdade em todas as IES analisadas posicionam-se no pólo Equidade, sendo a IES 2 (M= 3,51; DP=0,72) a que obteve a média mais elevada e a IES 1 (M= 3,32; DP=0,65) a menos elevada, quanto ao teste ANOVA, não houve diferenças significativas entre as IES (p= 0,743) (TABELA 12).

Abaixo, estão descritos os dados referentes ao posicionamento dos acadêmicos em relação a este pólo através da frequência relativa (%), onde o Pólo Equidade apresentou 86,4% e o pólo Desigualdade teve 13,6%. A IES 2 apresentou a maior proporção (90,0%) do pólo equidade (GRÁFICO 4).

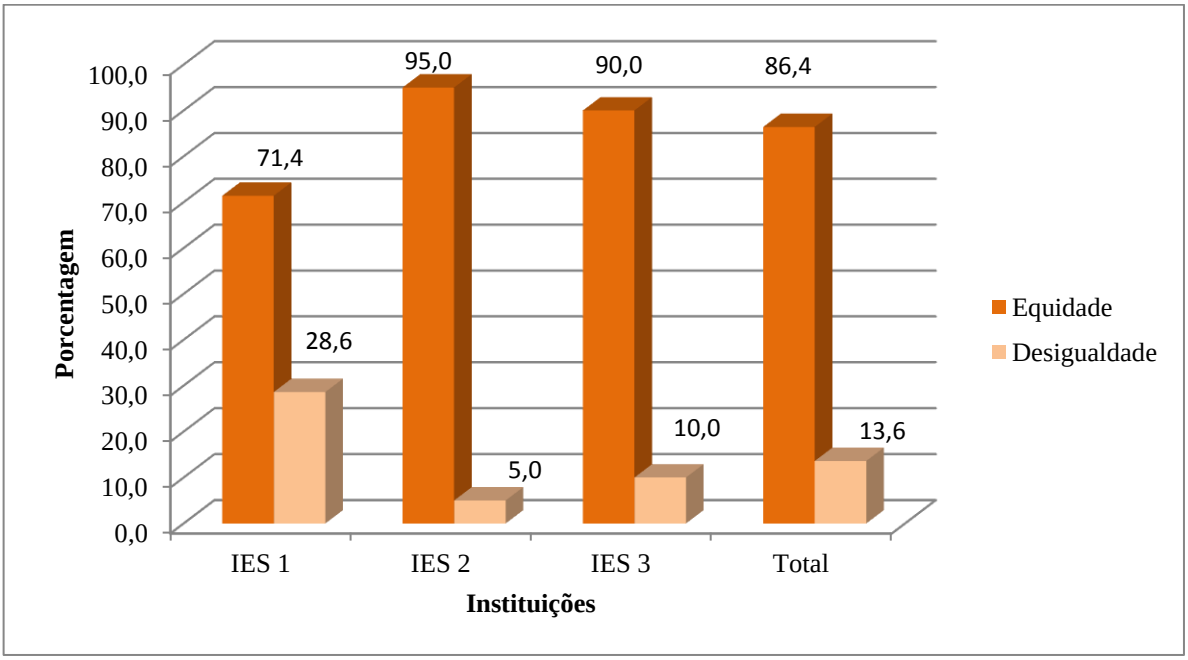


Gráfico 4. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Equidade/Desigualdade por Instituição e no Total da amostra (%)

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.

Morrondo (2000) refere que é um fato notório que existem desigualdades em matéria de saúde entre os países e entre as classes sociais e áreas geográficas de um mesmo país, descrevendo ainda que, a equidade deveria basear-se em melhorar as condições de vida e de trabalho, capacitar às pessoas para que adotem estilos de vida que favoreçam a saúde, tornando mais fáceis as opções mais saudáveis, descentralizar o poder e a tomada de decisões facilitando a participação.

5.2.3.5 Eixo Autonomia/Dependência

Ao observar as médias dos *scores* obtidos para o Eixo Autonomia/Dependência todas as IES situam-se no pólo Equidade, sendo a IES 3 (M= 4,02; DP=0,54) a que obteve a média mais elevada e a IES 1 (M= 3,53; DP=0,69) a menos elevada, verificou que não houve diferenças significativas (ANOVA: p=0,086) entre as IES (TABELA 12).

Com relação aos dados referentes ao posicionamento dos acadêmicos em relação a este pólo através da frequência relativa (%) o Pólo Autonomia apresentou 93,2% e o Individual 6,8% (GRÁFICO 5).

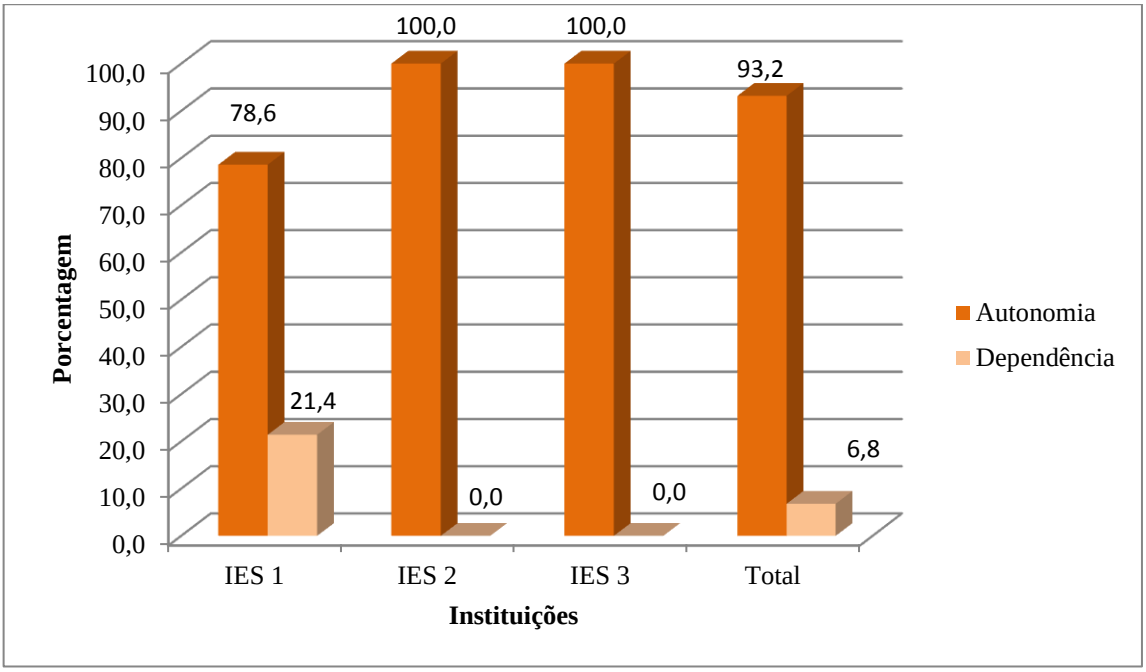


Gráfico 5. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Autonomia/Dependência por Instituição e no Total da amostra (%)

Segundo Carcel (2000), a educação, sendo um processo de formação e desenvolvimento pessoal, deve estimular o indivíduo a adotar atitudes e comportamentos que o levem a obter o máximo de autonomia crítica e responsável para se realizar plenamente na sua cidadania.

A Promoção da Saúde é um movimento que contribui para o desenvolvimento da autonomia, relacionando este valor com a capacitação, expressando que capacitar pessoas é permitir-lhes desenvolver a sua autonomia (DOWNIE; TANNAHILL E TANNAHILL; 2000).

5.2.3.5 Eixo Democrático/Autocrático

Ao observar as médias dos *scores* obtidos para o Eixo Democrático/Autocrático todas as IES situam-se no pólo Democrático, sendo a IES 2 (M= 3,80; DP=0,76) e a IES 3 (M= 3,80, DP = 0,95) as que obtiveram as médias mais elevada e a IES 1 (M= 3,61; DP=0,94) a menos elevada, não havendo diferenças significativas entre as IES (ANOVA: p = 0,800) (TABELA 12).

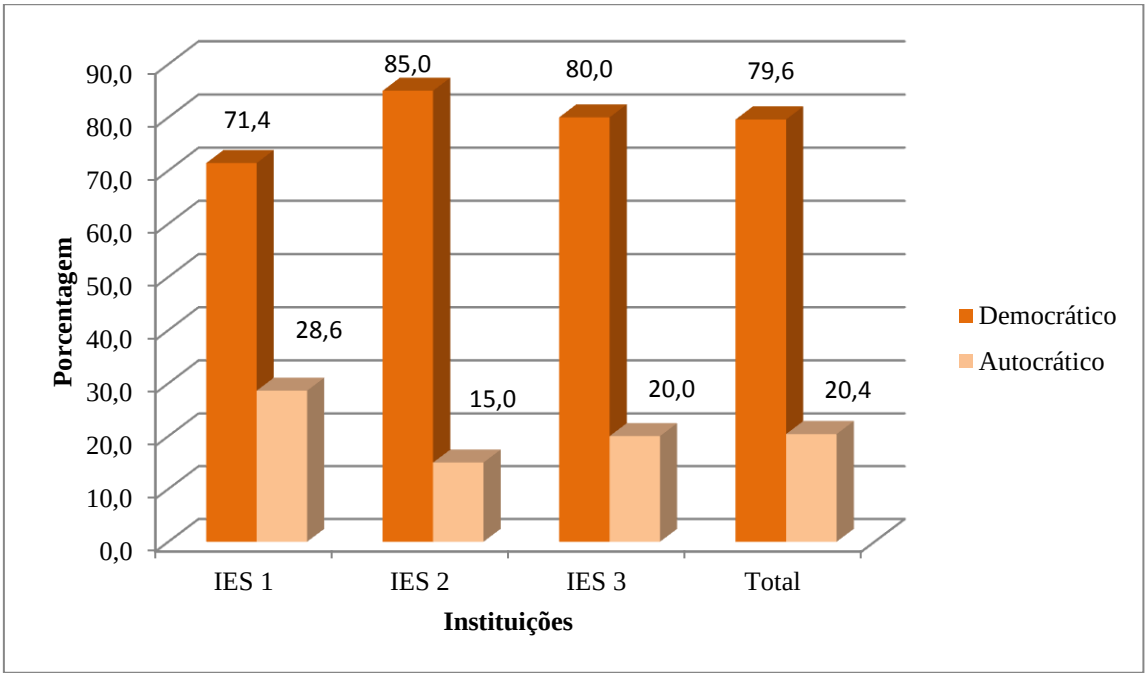


Gráfico 6. Distribuição da amostra quanto ao posicionamento em relação ao eixo de valores Democrático/Autocrático por Instituição e no Total da amostra (%)

O pólo Democrático com relação à frequência relativa apresentou 79,6% do posicionamento dos acadêmicos na distribuição geral da amostra e o pólo Autocrático 20,4% (GRÁFICO 6).

Ewles e Simnett (1999) citam que o objetivo do promotor da saúde pode ser permitir ao cliente fazer uma escolha informada assegurando que o mesmo compreenda os fatos e os riscos, esforçando-se para encorajá-lo e apoiar, respeitando a sua escolha.

Scriven (2005) refere que existem muitas abordagens utilizadas na PrS que envolvem um espectro de formas de ações que vão desde o modo autoritário ao participativo, de um foco no indivíduo até toda uma população.

5.2.4 Perspectiva das práticas de Educação em Saúde dos acadêmicos

Os acadêmicos participantes na presente pesquisa foram questionados se já tinham realizado algum tipo de experiência prática durante o curso, que estavam frequentando. No total da amostra, 42 (95,5%) assinalaram que sim, que já haviam realizado algum tipo de experiência prática, sendo unanimidade à esta tendência na IES 1 com (100%, n=14), seguida da IES 2 (95,0%, n=19) e da IES 3 (90,0%, n=9) (TABELA 13).

Tabela 13 - Distribuição da amostra referente à questão "Já realizou algum tipo de prática?" por IES e Total da amostra

Respostas /IES	**F**				**%**			
	IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
Sim	14	19	9	42	100	95,0	90,0	95,5
Não	0	1	1	2	0	5,0	10,0	4,5
Total	14	20	10	44	100	100	100	100

Carvalho (2007) em sua pesquisa verificou que apenas 40,9% de sua amostra já haviam realizado algum tipo de experiência prática durante o curso, que se encontravam a frequentar, opondo-se aos resultados obtidos no referente estudo onde a maioria dos acadêmicos (95,5%) respondeu que haviam realizado práticas, demonstrando que a população

em estudo possuiu uma melhor experiência prática, no curso em que se encontram a frequentar.

Com relação à frequência da realização dessas práticas (TABELA 14), a maioria dos acadêmicos assinalou que realiza práticas de EpS Muitas Vezes (52,3%, n=23), sendo a IES 1 a que mais contribuiu para este fato (71,4%, n=10), e o menor grupo indicou que as realiza às vezes (9,1%, n=4).

Tabela 14 - Distribuição da amostra referente à questão "No decorrer da experiência prática realizou atividades de Educação em Saúde" por IES e total da amostra (%)

Respostas /IES	**F**				**%**			
	IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
Sempre	3	9	5	17	21,4	45,0	50,0	38,6
Muitas Vezes	10	10	3	23	71,4	50,0	30,0	52,3
Às vezes	1	1	2	4	7,2	5,0	20,0	9,1
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	14	20	10	44	100	100	100	100

Nenhum dos acadêmicos das IES em estudo relataram que nunca haviam realizado práticas de EpS, demonstrando que as mesmas ainda que não sejam realizadas com freqüência estão sempre presentes durante as atividades práticas (TABELA 14).

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram com os resultados obtidos por Carvalho (2007) onde a maioria dos acadêmicos de sua amostra também assinalou que realiza práticas de EpS "Muitas Vezes".

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

Quanto ao tipo de atividades de EpS desenvolvidas no último ano letivo (Tabela 15), verifica-se que a maior proporção de alunos desta amostra, realiza atividades de EpS na área de Saúde do Idoso (79,5%, n=35). Todavia, as proporções de acadêmicos que desenvolvem

outros tipos de atividades, estão muito próximas, sendo o valor mais baixo, o dos acadêmicos que realizam atividades na área da Saúde do Adulto (52,3%, n=23).

Tabela 16 - Distribuição dos alunos pelo tipo de atividades de EpS desenvolvidas, por IES e total da amostra (%)

Atividades	**F**				**%**			
	IES 1	IES 2	IES 3	Total	IES 1	IES 2	IES 3	Total
Planejamento Familiar	10	12	9	31	71,4	60,0	90,0	70,5
Saúde Materna	7	14	5	26	50,0	70,0	50,0	59,1
Saúde Infantil	11	13	5	29	78,6	65,0	50,0	65,9
Saúde Escolar	8	14	8	30	57,1	70,0	80,0	68,2
Saúde do Adulto	6	14	3	23	42,9	70,0	30,0	52,3
Saúde do Idoso	11	16	8	35	78,6	80,0	80,0	79,5

No estudo de Carvalho (2007) a maior proporção do tipo de atividades de EpS desenvolvidas no último ano letivo foi na área de Saúde Infantil, diferente dos resultados encontrados no presente estudo onde a maior proporção foi na área de Saúde do Idoso.

Diante dos resultados apresentados, sabe-se que a Educação em Saúde envolve uma gama de aspectos que vão interferir diretamente na construção do perfil do profissional Fisioterapeuta com foco de atuação nos níveis de atenção primária à saúde, desta forma torna-se necessário e pertinente prepapar os acadêmicos para os papéis exigidos pela Promoção da Saúde, onde o foco de atenção deve estar voltado sempre um passo à frente da prática de cuidados e não a reboque da mesma, objetiva-se então a construção de propostas de linhas orientadoras para os planos de estudo das instituições com este enfoque.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando os objetivos propostos conclui-se que foi possível analisar as percepções e práticas dos acadêmicos de Fisioterapia sobre Educação para a Saúde, onde os resultados da pesquisa demonstram que os mesmos apresentam percepções e práticas mais atualizadas, voltadas para o campo da atenção primária, visto que apresentaram positividade com relação ao tema.

Os resultados referentes à caracterização biodemográfica, demonstram que grande maioria dos participantes é do gênero feminino, com faixa etária de 20-29 anos, solteiros, residência própria e prática religiosa católica.

Com relação à avaliação da representação mental do conceito de saúde demonstrou que os mesmos apresentam uma visão aperfeiçoada do conceito de saúde, direcionando-a para palavras de caráter positivo, como bem-estar, felicidade, paz, entre outras.

Quanto à análise da importância atribuída aos conceitos verifica-se que com relação ao conceito de Saúde apresentaram uma visão positiva e dinâmica deste, quanto ao conceito de Saúde Pública consideraram o mesmo de cáráter reducionista, apresentando índices de significância relevantes, porém os conceitos de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde foram considerados de caráter reducionista e passivo, respectivamente e não apresentando significância. Na diferenciação dos termos Promoção da Saúde e Educação para a Saúde foram não foram considerados termos distintos.

Em se tratando da análise dos eixos de valores, a maioria dos acadêmicos se situaram nos pólos positivos, sendo eles o social, salutogênico, holístico, equidade, autonomia e democrático, porém nenhum destes apresentando índices de significância.

Com isso, os resultados mostram que os acadêmicos possuem percepções e práticas mais consistentes e contemporâneas, se comparadas às relacionadas ao seu processo histórico voltados para o campo da reabilitação, com foco de atenção para as práticas educativas e de promoção da saúde.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas sobre a educação para a saúde, no intuito de coletar informações mais abrangentes, analisando também a percepção de professores, bem como a grade curricular das instituições e a realização de estudos com comparação entre acadêmicos concluintes com acadêmicos iniciantes, bem como a comparação com outras Instituições privadas de outros municípios.

A escassez de dados e publicações recentes referentes a este assunto tornou-se um fator limitante para a realização deste estudo, dificultando as comparações dos resultados da pesquisa com os de outros estudos.

Referências

REFERÊNCIAS

ALVEAR, L. Educación para la salud. Concepto actual en el marco de la promoción de la salud. Ámbitos de aplicación. **Salud pública y enfermería comunitária**. 2ª ed., p. 399-415. Madrid: McGraw-Hill, 2003.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev.2005.

BARROS, F. B. M. Autonomia profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. **Revista Fisiobrasil**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 59, p. 20-31, mai.-jun. 2003.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 3 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Série B. Textos Básicos em Saúde.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília-DP, 1996.

BOTOMÉ, S. P.; REBELATTO, J. R. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

CARCEL, C. Paradigma holístico. **Trajectos e Projectos**. v. 2, p. 31-35, 2000.

CARVALHO, A. Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação. **Lusociência**, Loures, 2006.

CARVALHO, A. A. S. **Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior**. Tese apresentada à Universidade do Minho, 2007.

CLARK, J; MABEN, J. Health promotion: Perceptions of Project 2000 educated nurses. **Health Education Research**. v.13, n.2, p.185-196, 1998.

COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Caderno Cedes: Educação e Saúde** , São Paulo, v. 4, 1987.

COPETTI, S. M. B. Fisioterapia: de sua origem aos dias atuais. **Revista In Pauta**, v. 2, n. 2, p. 11-23, jul.-dez. 2004.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento.** São Paulo: Atlas, 2003.

CRESWELL, J. W. **Método de Pesquisa: projeto de pesquisa:** Métodos Qualitativos, Quantitativos e Mistos. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DANCEY, C; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DAVIES, M; MACDOWALL, W. **Health Promotion theory**. London: Open University Press, 2006.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva:** Fundamentos e aplicações. 1. ed. São Paulo: Manole, 2002.

DGS – Direção Geral de Saúde. **Carta de Otawa**, 2007. Disponível: http://www.dgsaude.pt, acessado em: 15 de novembro de 2012.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. **Processo educativo em enfermagem:** das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe, 1995.

DOWNIE, R; TANNAHILL, C; TANNAHILL, A. Health promotion. **Models and values**. v.2, p. 9-75,Oxford: University Press, 2000.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2 ed. São Paulo: Difusão, 2009.

EWLES, L; SIMNETT, I. **Promoting health. A practical guide**. 4.ed. London: Baillière Tindall, 1999.

FERNANDES, O., LOPES, M. Corpo, saúde e doença: Que representações dos enfermeiros? **Revista Investigação em Enfermagem**. v.6, p 4-17, 2002.

FORMIGHIERI, V.J. **Burnout em Fisioterapeutas: influência sobre a atividade de trabalho e bem estar físico e psicológico.** Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2003.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1995.

GIUSTINA, B. D; LEONEL, V. A. História da Fisioterapia e ações multidisciplinares e interdisciplinares na saúde. Monografia apresentada ao curso de Fisioterapia à Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão; 2003.

GREEN, L.W.; KREUTER, M. W. **Health promotion planning, an educational and environmental approach.** 2 ed. Mountain View: Mayfield Publishing Company, 1991.

GUIMARÃES, R.; CABRAL, J. **Estatística.** Lisboa: McGraw-Hill, 1997.

HAREL, F. Análise estatística dos dados. In: FORTIN, M. F. **O processo de investigação. Da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MCSWEENEY, G. A enfermeira: Prestação de cuidados holísticos. **Servir**. v.51, n.6, p. 282-288, 2003.
MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social em saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. P. 233-300.

MORAIS, C. O paradigma holístico na Enfermagem. **Nursing**. v.15, n.192, p.29-33, 2004.
MORRONDO, P. Promoción de la salud. **Enfermería comunitária**. Madrid: McGraw-Hill, 2000.

MORENO, A; GARCÍA, E; CAMPOS, P. Educación para la salud en la escuela**. Salud pública y enfermería comunitária.** v.2, p. 507-531, Madrid: McGraw-Hill, 2003.

NOVAES, R. Pequeno histórico do surgimento da Fisioterapia no Brasil. Texto utilizado no curso de graduação em Fisioterapia, da UNISANTA, pela disciplina História da Fisioterapia e Ética, em 1998.

OLIVEIRA, V. R. C. Formação do fisioterapeuta no Brasil: um estudo sócio-histórico dos currículos. In: BRITO, M. H. **Políticas Educacionais**: epistemologia e educação, Goiânia: UCG, v. 13, p. 191-238, 2004.

OLIVEIRA, V. R. C. Reconstruindo a História da Fisioterapia no Mundo. **Revista Estudos**, Goiânia, v. 32, n. 4, p. 509-534, abr. 2005.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Documentos que norteiam a Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta>. Acesso em: 25 Março de 2012.

PARAHOO, K. **Nursing Research. Principles, Process and Issues**. 2. Ed, London: Palgrave Macmillan, 2006.

PAULA, F. L. et al. Timed up and go test: comparison between values obtained outdoors and indoors. **Rev. Physical Therapy in movement**, v. 20, n. 4, 2007.

PESTANA, M.; GAGEIRO, J. **Análise de dados para ciências sociais**. A complementaridade do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

PERA, P. La salud en el contexto de la nueva salud pública. **Revista Rol de Enfermería**. v. 26, n.1, p. 38-40, 2003.

PEREIRA, S; CRUZ, F. Ética ao cuidar do Homem face à sua dimensão espiritual. **Hospitalidade**. v.68, n.265, p.9-12, 2004.

PEREIRA, A. L. Educação em saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**: práticas de Enfermagem, São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.

RAMOS, K. S. Q. S. A,; Experiência na Extensão Popular e a Formação Acadêmica em Fisioterapia. **Cad. Cedes**, vol. 29, n. 79, set/dez. Campinas, 2009. p. 335-346.

RIBEIRO, K. S. Q. S. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde: reflexões a partir de uma experiência universitária. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 3, n. 5, p. 311-318, set.-out. 2002.

SANCHEZ, E. L. Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo. Revista Atualização Brasileira de Fisioterapia. São Paulo: Panamed, 1984.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SCHALL, V. T; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15: 4-5, 1999

SCRIVEN, A. Promoting Health: Perspectives, policies, principles, practice. **Health Promoting practice. The contribution of nurses and allied health professionals**. p. 1-16, London: Palgrave Macmillan, 2005.

SILVA, J. O. Educação em saúde: notas para a discussão de um campo temático. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 42, p. 36-39, mar. 1994.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 3. ed. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Laboratório de ensino a distancia da UFSC, 2001.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.115-136.

TRELHA, C. S. et al. O processo de trabalho do profissional fisioterapeuta. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1, p. 15-21, dez. 2002.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, 53:6-19. 1999.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação Popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.11-19.

VILLA, E. Educação em saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional In: GAZZINELLI, M. F; REIS, D. C; MARQUES, R. C. **Educação em Saúde**: teoria, método e imaginação, Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2006. p. 43-51.

Apêndices

APÊNDICE A – Questionário Biodemográfico

1. Instituição: _____

2. Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino

3. Idade: _____

3. Estado Civil:

( ) 1- Solteiro ( ) 2 – Casado/Convive ( ) 3 – Viúvo ( ) 4 - Divorciado/separado

4. Residência: ( ) Própria ( ) Alugada

5. Renda Familiar: _____

6. Prática Religiosa: _____

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

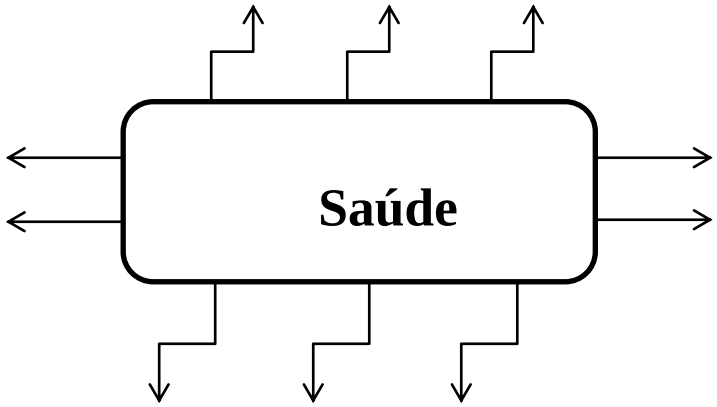
QUESTIONÁRIO

CONCEITOS E VALORES IMPLÍCITOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- Este questionário é anônimo 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 idéia quando ouve o termo "Saúde".



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 a seguir diversos pares de afirmações. Poderá possivelmente concordar com ambas as afirmações de cada par, mas por favor escolha com X aquela (**uma e só uma**) com que **mais** concorda:

4.1. Em Promoção da Saúde o objetivo deveria ser:
- Mudar o comportamento individual, porque o estilo de vida reflete-se no nível de vida das pessoas ☐
- Mudar o ambiente socioeconômico para facilitar as escolhas saudáveis ☐

4.2. A responsabilidade pela saúde deve ser:
- Individual, porque cada pessoa determina a sua própria saúde ☐
- Coletiva, porque a sociedade tem responsabilidade na proteção da saúde das pessoas ☐

4.3. 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 afetado 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 fatores 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 efetivação de um elevado nível de saúde:
- É da responsabilidade do sector da saúde ☐
- Exige uma ação coordenada de todos os sectores (econômico, autarquias, etc.) ☐

6.4. A Educação para a Saúde deve ser vista:
- Como um conjunto de atividades 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 fator de risco ☐
- Para desencadear uma doença podem contribuir vários fatores de risco ☐

7. Para si os termos Promoção da Saúde e Educação para a Saúde são diferentes?
Não ☐ [Passe à questão **7.2**] Sim ☐

7.1. Se sim, refira sucintamente em que consiste essa diferença.

_____

_____

7.2. 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 atividades 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

( ) Atividade de transmissão de conhecimentos
( ) Processo de aprendizagem que procura trabalhar conhecimentos, atitudes, valores e competências
( ) Atividade feita para as pessoas para lhes mudar os comportamentos não saudáveis
( ) Processo interativo feito com as pessoas para lhes facilitar a adopção de comportamentos saudáveis

7.3. 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 interativo feito com as pessoas para lhes facilitar a adoção de comportamentos saudáveis	☐	☐

========== // // ==========

Poderá possivelmente concordar com ambas as afirmações de cada par de frases que se seguem, mas, por favor, escolha com X aquela (**uma e só uma**) com que **mais** concorda:

8.1. 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.) ☐

8.2. Os doentes do foro mental devem:
- Ser tratados em hospitais especializados só para doentes mentais ☐
- Ser inseridos na comunidade e tratados em hospitais gerais ☐

8.3. 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 ☐

8.4. As crianças soropositivas 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 ☐

8.5. O Sistema Nacional de Saúde deve:
- Abranger todas as pessoas ☐
- Abranger aqueles que fazem descontos para qualquer regime de proteção ☐

========== // // ==========

(Continue a escolher uma, **e só uma**, afirmação por cada par)

9.1. 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 ☐

9.2. 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 ☐

9.3. 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 ☐

9.4. 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 ☐

9.5. 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 ☐

9.6. 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 ☐

9.7. Para a melhoria dos cuidados de saúde:
- A participação comunitária não constitui uma ajuda efetiva ☐
- A participação comunitária é um dos instrumentos fundamentais ☐

========== // // ==========

10.1. 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 ☐

10.2. Em Educação para a Saúde o principal objetivo deve ser:
- Assegurar que o utente/cliente concorde com o programa definido pelo educador ☐
- Capacitar o utente/cliente a colocar uma opção em ação, cooperando com o educador ☐

10.3. 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 afetam ☐

10.4. Em matéria de diagnósticos de saúde:

- Cabe ao especialista identificar os problemas de saúde ☐
- O leigo pode participar na identificação do problema de saúde ☐

10.5. Perante problemas de saúde:
- Cabe aos utentes tomar decisões depois de convenientemente informados ☐
- Cabe aos profissionais de saúde tomar as decisões, porque eles é que sabem o que é melhor para os utentes ☐

10.6. 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 ☐

10.7. 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 ☐

========== // // ==========

11.1. Já realizou algum tipo de experiência prática (Ensinos Clínicos, Estágios, Prática Pedagógica, etc.)?

Não ☐ [Passe à questão 1**2**] Sim ☐

11.2. No decorrer da experiência prática (Ensinos Clínicos, Estágios, Prática Pedagógica, etc.) realizou atividades de Educação para a Saúde? [Selecione apenas **uma** opção].
Sempre ☐ Muitas vezes ☐ Às vezes ☐ Nunca ☐

11.3. Se sim, que tipo de atividades desenvolveu neste ano letivo? [Selecione as opções necessárias]
- Atividades na área do Planejamento Familiar ☐
- Atividades na área da Saúde Materna ☐
- Atividades na área da Saúde Infantil ☐
- Atividades na área da Saúde Escolar ☐
- Atividades na área da Saúde do Adulto ☐
- Atividades na área da Saúde do Idoso ☐
- Outra (s) Qual ou quais? _____ ☐

12. A Educação para a Saúde tem valores a promover? Não ☐ Sim ☐

12.1. Se sim, indique esses valores: _____
_____
_____

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da Pesquisa: "EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: PERÇEPÇÕES E PRÁTICAS DE ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA"

Pesquisadora responsável: Magdalyny Gomes Soares da Silva.

Informações sobre a pesquisa: Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo identificar as concepções e práticas que acadêmicos de Fisioterapia têm sobre educação em saúde e promoção da saúde.

_____

Pesquisador responsável

Instituição:_____Eu,____ _____, portador de RG:_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei de acordo com a resolução 196/96 Cap. IV insiso IV.1 todos os meus direitos abaixo relacionados:

-A garantia de receber todos os eslarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado absoluto sigilo das informações obtidas. – A segurança plena de que não serei identificado mantendo o caractér oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa poderá causar um risco mímino (desconforto, constragimento) ao entrevistado durante a coleta de dados, caso isso aconteça, o mesmo será atenuado através esclarecimentos sobre a pesquisa, procurando resolver da melhor forma possível. - A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa. – A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos órgãos de divulgação científica em que a mesna seja aceita.- Risco e benefícios: A presente pesquisa oferecerá risco mínimo aos seus participantes, sendo de ordem moral como algum constrangimento. E os benefícios serão de grande valia, pois esta pesquisa visa elucidar sobre as percepções e práticas de Educação em Saúde dos acadêmicos concluintes dos cursos de Fisioterapia das Instituições de Ensino Superior privada do município de João Pessoa-PB e ainda contribuirá para o enriquecimento do conhecimento acadêmico e cientifico.- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa

Patos , _____de_____de_____

_____

Assinatura do entrevistado

Contato com o pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo,favor entrar em contato com a pesquisadora Magdalyny Gomes Soares da Silva

Através do endereço: Rua Horácio Nobrega, Residencial Resende, 102, Belo Horizonte, Patos - PB.

Celular : (83) 96064491

Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador (a)

APÊNDICE D – Termo de Compromisso do Pesquisador

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinado, respectivamente, autor e orientanda da pesquisa intitulada **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE ACADÊMICOS DE FISIOTERAPIA**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 98, 833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/FIP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Patos - PB, ____ de _____ de 2012.

_____

Pesquisadora Responsável

Anexos

ANEXO A – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 01 de junho de 2012, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Educação em Saúde: Concepções e Práticas de Acadêmicos e Professores do Curso de Fisioterapia.** Protocolo número: **074/2012** da pesquisadora: **Mayara Leal Almeida.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos, 06 de agosto de 2012.

LÍDIA PINHEIRO DA NÓBREGA
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa – CEP/FIP

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
Rua Horácio Nóbrega, S/N - Bairro Belo Horizonte - Patos-PB - CEP 58704-000 - Tel.: (83) 3421.7300