

## **O processo de aprendizagem em Promoção da Saúde**

**Isabel Loureiro<sup>1</sup>**

### **A. Introdução**

As definições de Promoção da Saúde, de uma forma geral, incorporam as acções que devem ser levadas a cabo ao nível educativo, organizacional, ambiental, económico e político, destinadas a facilitar mudanças de comportamentos e do ambiente com o objectivo de melhorar a saúde.

A Carta de Otava (1986), na sequência da conferência da OMS, continua a ser uma fonte de inspiração e referência. Para além da definição de Promoção da Saúde que a carta adopta em que aparece, com clarividência, a importância da capacidade de controlo, colectivo e individual dos determinantes da saúde, nela são estabelecidos princípios e estratégias para a actuação. Pondo em causa o modelo biomédico da saúde pública, centrado na doença, apresenta a saúde como um constructo social e um recurso para a vida. A participação dos cidadãos passa a ter uma importância crucial. A atenção aos determinantes da saúde, quer comportamentais, quer psíquicos, quer ambientais, passa a justificar a necessidade de descentralizar e reorientar as políticas com impacto na saúde.

No constructo social, a questão das parcerias torna-se um eixo estratégico fundamental, em que valores como a participação e a equidade se constituem como pilares irredutíveis.

Da evolução de conceitos em Promoção da Saúde, emergem necessidades de formação que vão, naturalmente, para além das ciências biomédicas. Envolvem a aquisição de competências de relacionamento humano, de negociação, de colaboração, de visão sistémica das organizações e das pessoas, de advocacia de políticas comprovadamente eficazes na melhoria do bem-estar dos cidadãos, de avaliação da efectividade das intervenções e da sua mais-valia em termos individuais e sociais. Envolve a necessidade de compreensão do contexto cultural onde os processos de

---

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Av. Padre Cruz, 1600- 640 Lisboa. E-mail: isalou@ensp.unl.pt

mudança são estimulados e implica o reconhecimento da importância de dimensões como a empatia e a intuição.

Pelo já exposto, torna-se evidente que os conhecimentos do domínio das Ciências Sociais e Humanas são tão fundamentais em Promoção da Saúde como os da área das Ciências Biomédicas.

A multidisciplinaridade, intersectorialidade e participação são inerentes à prática da Promoção da Saúde. *Promotores de saúde*, com profissão específica, existem, desde há anos, na Austrália, Holanda e Inglaterra, por exemplo. Em Portugal, como na Alemanha, a Promoção da Saúde é considerada como uma incumbência de todos, no desempenho das suas funções profissionais, com integração dos princípios nas suas estratégias de trabalho junto de pares, parcerias e restante comunidade.

Qualquer que seja o ponto de vista, há unanimidade quanto à necessidade de existir um corpo específico de conhecimentos e de competências que devem ser adquiridos por quem se dedica a investir, desta forma, em saúde. Esta questão coloca-se, quer se trate de profissionais de Promoção da Saúde, de profissionais de saúde em que a Promoção da Saúde faz parte das suas responsabilidades, ou de profissionais pertencentes a outros sectores que não o da saúde mas que entendem a Promoção da Saúde como uma co-responsabilidade social, construindo uma visão integradora e orientadora do seu desempenho profissional e pessoal.

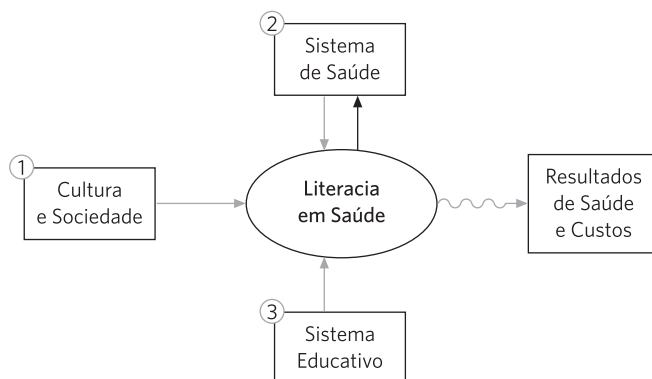
Pensar autonomamente é não só essencial ao exercício de uma cidadania plena em democracia, como constitui uma dimensão indispensável de aprendizagem para adaptação à mudança.

Segundo o National Institute for Literacy dos Estados Unidos da América (Stein, 1995) os adultos encaram como um importante objectivo educacional ser capaz de pensar autonomamente e de forma responsável, através de:

- ganhar acesso à informação
- conseguir fazer ouvir as suas ideias
- tomar decisões e agir independentemente
- construir uma ponte para o futuro, aprendendo a aprender

Um dos resultados da Promoção da Saúde deverá ser o aumento dos níveis de literacia em saúde. Daí ser tão importante a formação dos profissionais de saúde, mas também os cidadãos e a responsabilização do sistema educativo em preparar os jovens para lidarem com as questões relacionadas com a sua saúde e a dos outros.

### Pontos potenciais para intervenção no quadro conceptual da literacia em saúde



O Institute of Medicine (IOM, 2003) considera que a literacia em saúde depende sobretudo do contexto cultural da sociedade, considerando as influências culturais, sociais e familiares de extrema importância na estruturação das atitudes e crenças; depende, também, da interacção dos indivíduos com os contextos de saúde, do tipo de intervenção educativa que os profissionais de saúde têm com os seus utentes e da responsabilidade que o sistema educativo assume em criar condições para que os jovens adquiram conhecimentos, capacidades e valores promotores de comportamentos mais saudáveis e solidários. A associação entre educação e saúde encontra-se bem estabelecida. Baixos níveis de literacia estão associados a baixos níveis de saúde, com os consequentes custos para a sociedade, quer ao nível de sofrimento humano, quer ao nível económico.

Outra referência que subjaz ao desenvolvimento da formação nesta área, e que convém relembrar, é o entendimento de que a Promoção da Saúde não só não é sinónimo de educação para a saúde mas inclui, também, a acção política; que a Promoção da Saúde não é só evitar factores de risco, mas potenciar os factores protectores, desenvolver e organizar as capacidades e os recursos existentes e criar novos, contribuindo para um melhor o nível de bem-estar.

No final da formação em Promoção da Saúde espera-se que os formandos tenham adquirido:

- a compreensão dos valores, teorias e modelos subjacentes às abordagens em Promoção da Saúde e suas implicações na prática profissional;

- a valorização da Qualidade de Vida e determinantes salutogénicas na “construção” da saúde (recursos, capacidade de uso dos recursos, autonomia);
- a interiorização de uma atitude “militante de promotor de saúde” capaz de provocar mudança no seu local de exercício profissional e influenciar e/ou participar crítica e activamente, em processos de decisão política capazes de influenciar os determinantes da saúde;
- a motivação para procurar a evidência da efectividade das práticas e políticas em Promoção da saúde e para a tomada de decisões, ética e cientificamente fundamentadas.

## **B. Modelo conceptual da aprendizagem em Promoção da saúde**

“...o conhecimento tem sido sempre, é e será uma aventura para o homem, um processo carregado de incerteza, de prova, de ensaio, de propostas e rectificações partilhadas e, da mesma maneira, deve aproximar-se o aluno dele, se não quisermos destruir a riqueza motivadora da descoberta (...), já que é o processo de procura permanente que garante o progresso indefinido da humanidade.” (Perez Gómez 1993, p.43).

Para a concepção de um currículo é fundamental entender como é encarado o conhecimento, a sua génese e a sua sustentabilidade.

Assim, o conhecimento deve antes ser visto como uma forma de conhecer e pesquisar, do que como um produto ou corpo estático de conhecimentos desligados dos seus contextos e procedimentos de elaboração (Tanner; Tanner, 1980).

A American Association of Public Health (USA.Institute of Medicine, 2003) refere que o que é central para a formação dos profissionais de saúde para o século XXI é encontrar o conceito coerente de saúde. O modelo salutogénico parece responder a tal necessidade.

São sete os princípios básicos da Promoção da Saúde, definidos por um grupo de peritos da Organização Mundial da Saúde (Rootman et al, 2001), sobre os quais se deverá construir o conhecimento:

1. *empowering* (capacitar indivíduos e comunidades a assumir maior poder sobre os factores pessoais, socio-económicos e ambientais que afectam a saúde),

2. participativo (envolvendo todos aqueles a quem as iniciativas dizem respeito, em todos os estádios do processo),
3. holístico (encorajando a saúde física, mental, social e espiritual),
4. intersectorial (envolvendo a colaboração de agências de sectores relevantes),
5. equitativo (orientado por uma preocupação de equidade e justiça social),
6. sustentável (trazendo mudanças que indivíduos e comunidades podem manter após o final do financiamento)
7. multiestratégico (usando uma variedade de abordagens – incluindo desenvolvimento de políticas, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário, legislação, advocacia, educação e comunicação – em combinação).

Reconhecendo como central à Promoção da Saúde o modelo da salutogénese, torna-se fundamental rever algumas das suas características mais relevantes quando se pretende que o processo de ensino/aprendizagem seja coerente com os valores e fundamentos teóricos da Promoção da Saúde.

A perspectiva da salutogénese focaliza-se em três aspectos (Antonovsky, 1979):

- resolução de problemas/encontrar soluções
- identificação de recursos de resistência generalizados
- sentido de coerência que serve como o mecanismo ou capacidade global para este processo

O sentido de coerência consiste em três componentes básicas:

- compreensão (componente cognitiva)
- capacidade de gestão (componente comportamental)
- significado (componente de motivação e de investimento pessoal)

A salutogénese foi considerada, por vários estudos empíricos, como útil para o processo de aprendizagem. Demonstrou-se a sua relevância no desenvolvimento de modelos de aprendizagem (Nilsson, Lindstrom, 1998), como o construtivismo.

Segundo o construtivismo os indivíduos constroem o seu próprio conhecimento através da interacção entre aquilo que já sabiam e em que acreditavam e as ideias,

acontecimentos e actividades com as quais entram em contacto (Cannelle & Reiff, 1994; Richardson, 1997).

Existem três noções fundamentais para entender o construtivismo:

- compreender as nossas interacções com o ambiente
- o conflito cognitivo ou “ruído” é o estímulo para a aprendizagem e determina a organização e natureza do que é aprendido
- o conhecimento evolui através da negociação social e através da avaliação da viabilidade da compreensão individual (ibid., p.31)

Apresentam-se sete valores do construtivismo:

1. colaboração
2. autonomia pessoal
3. criatividade produtiva
4. reflexividade
5. envolvimento activo
6. relevância pessoal
7. pluralismo

Estes valores traduzem-se num conjunto de princípios de ensino:

- ancorar todas as actividades de aprendizagem a uma tarefa ou problema mais vasto;
- apoiar o aluno no desenvolvimento da apropriação completa da tarefa ou problema;
- desenhar uma tarefa autêntica ( representando os mesmos desafios cognitivos que “a vida real”);
- desenhar a tarefa e o ambiente de aprendizagem por forma a reflectir a complexidade do ambiente em que os alunos deverão ser capazes de funcionar );
- dar ao aluno a pertença do processo usado para encontrar uma solução;
- desenhar o ambiente de aprendizagem para apoiar e desafiar o pensamento do aluno;

- encorajar o testar ideias contra visões e contextos alternativos;
- proporcionar a oportunidade para apoiar a reflexão quer no conteúdo aprendido quer no processo de aprendizagem.

O modelo (Lindstrom, 2004) apresenta um processo lógico, da fase de pré-cognição, anterior às sessões de aprendizagem, até à de avaliação no final.

- Na fase de pré-cognição os alunos reflectem sobre o seu percurso, as competências profissionais, interesses e capacidades, tendo em conta os princípios da Promoção da Saúde. Há que contextualizar a evolução pessoal no actual contexto, nacional e internacional, de Promoção da Saúde/Saúde Pública nacional,
- Na fase de cognição os alunos deverão conhecer documentação ilustrativa das políticas em saúde, nacionais e internacionais, e conseguir analisá-las criticamente à luz dos princípios da Promoção da Saúde. Nomeadamente, é importante debater com outros até conseguir uma visão do actual estado de arte.

Quer o conceito de salutogénese quer o de construtivismo fundamentam-se na construção do conhecimento baseado no envolvimento activo, questionamento, resolução de problemas e colaboração com os outros (Abdal-Haqq, 1998; Nilsson; Lindstrom, 1998).

### **C. O processo de aprendizagem**

Assumindo que a base da formação é a definição de competências, o passo seguinte é trabalhar o percurso para as atingir, sendo o currículo e o percurso sinónimos e o programa de formação mais um percurso pessoal do que uma listagem de conteúdos.

Vários métodos podem ser usados como auto-reflexão, grupos focais, sessões plenárias para regressar a si próprio – autopoiese das aquisições, entretanto, feitas.

A motivação poderá ser defendida através da possibilidade dos alunos escolherem as áreas por que mais se interessam. O processo pode ser visto como um partir de si próprio, discutir com outros, alargar a discussão a outros ainda (directamente ou por e-learning) que, eventualmente pertencerão a outras realidades, outros países, para voltar, agora mais enriquecido, ao seu lugar e às suas próprias reflexões, com os novos dados e sínteses.

Este modelo de aprendizagem é baseado na conjugação das necessidades e interesses dos alunos, das suas instituições e, naturalmente, nos problemas e prio-

ridades regionais, nacionais e internacionais, identificadas através de estudos de diagnóstico epidemiológico. É baseado em alguns dos mais poderosos conceitos de construção de um processo de aprendizagem que apoia os alunos a criarem coerência, a partir do seu nível individual, até à complexidade dos sistemas sociais multinacionais.

No conceito de currículo que integra perspectivas dos modelos ecológico, construtivista e crítico (Alonso, 1995) o ensino centra-se na capacidade de pensar e agir, com compreensão de atitudes e valores necessários para o bom exercício da cidadania (Perez Gomez, 1993) de que a Promoção da Saúde faz parte integrante.

De acordo com os valores subjacentes ao conceito de escola e de Promoção da Saúde, o clima de aprendizagem exige alguns pré-requisitos. Assim, a escola entendida como uma comunidade educativa, funciona com professores investigadores, com uma postura reflexiva e de colaboração, com alunos a construir a sua própria aprendizagem, num currículo que gira em torno deles, que é aberto, integrado e flexível (Alonso, 2000) e que se destina a desenvolver competências necessárias neste domínio.

Parece fundamental uma clarificação, entre todos, sobre a necessidade de uma articulação de decisões e práticas curriculares, exigindo uma consistente articulação pedagógica bem como uma partilha da visão da escola como um local onde se constrói para conseguir melhorar o mundo que a circunda. No fundo, o entendimento da escola como agente de transformação social.

O professor deve agir essencialmente como facilitador *“cuja principal função é ajudar os alunos a tornarem-se participantes activos da sua aprendizagem e fazer ligações significativas entre o conhecimento prévio, o novo conhecimento e o processo envolvido na aprendizagem”* (Copley, 1992, p.681).

O ambiente de aprendizagem construtivista caracteriza-se por (Chung, 1991):

- partilha do saber entre alunos e professores;
- partilha de autoridade e responsabilidade entre alunos e professores;
- o papel do professor como um orientador na aprendizagem;
- grupos pequenos e heterogéneos de alunos.



Valores como a equidade, a autonomia e a participação, valores consignados em Promoção da Saúde, transparecem facilmente nas abordagens pedagógicas, veículo de comunicação entre a cultura da escola e a do aluno.

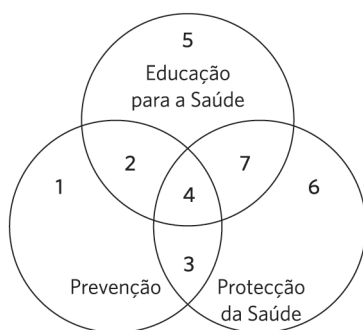
Segundo Habermas (Habermas, 1984) a aprendizagem pode ser instrumental e comunicativa. Na aprendizagem instrumental, aprende-se a lidar com o mundo exterior, envolve o desempenho de aptidões orientadas para a acção, podendo envolver a resolução de reflectida de problemas e, por vezes, a colocação de novos problemas; na aprendizagem comunicativa aprende-se a negociar os seus próprios valores e significados, a compreender o significado do que está a ser comunicado, o significado de uma interpretação ou a justificação de uma crença. Na aprendizagem comunicativa pode-se ganhar mais competências ao tornar-se mais criticamente reflexivo (a), contando com os contributos dos outros, e ser capaz de ultrapassar constrangimentos para tomar decisões reflectidas. A aquisição de competências na área da comunicação, da negociação, da construção de parcerias, e de diálogo com o poder político, só se conseguirá se os métodos de ensino forem imbuídos de situações similares às da vida real, em que o aluno é incentivado a construir as suas próprias soluções.

Sendo duas formas de aprendizagem complementares, na cultura vigente corre-se o risco da hegemonia da racionalidade instrumental; deixando de existir a aprendizagem dialógica, desprovida da componente comunicativa, que enfatiza os valores interpessoais, a intersubjectividade, a solidariedade e o processo crítico de reflexão, a hegemonia da aprendizagem instrumental tende a despersonalizar, objectivar, envolver o controlo e manipulação técnicos e conduzir à cultura acomodativa (Habermas, 1987).

Vários trabalhos de investigação (Alonso, 2000) têm demonstrado que, se por um lado, a inovação das práticas curriculares só é possível com a experimentação, reflexão e o investimento genuíno daqueles que as vão usar, nos próprios contextos, e se apropriam dessa nova forma de ensinar, por outro, a “concepção instrumental” do currículo não serve para mudar práticas (Keiny, 1994). Assim sendo, também a formação dos profissionais promotores de saúde requer a sua apropriação por métodos que estimulam a capacidade crítica perante pressupostos e arte de negociação das suas intenções, valores, significados, para além de simplesmente, compreender os dos outros. Promoção da Saúde tem implícito um conceito de pro-actividade e de mudança.

## D. Programa de formação em Promoção da Saúde

No modelo de Promoção da Saúde de Tannahill (Downie et al, 2003), são apresentadas três componentes tradicionalmente reconhecidas como traduzindo o âmbito da Promoção da Saúde e a sua relação entre si: educação para a saúde, prevenção e protecção da saúde. A intersecção da educação para a saúde com a prevenção proporciona os fundamentos para dar a conhecer os factores de risco e os factores protectores de uma determinada situação e as vantagens e desvantagens das medidas preventivas que se propõem; a intersecção da educação para a saúde com a protecção da saúde refere-se a acções que visam facilitar o entendimento sobre as medidas legislativas necessárias, ou outros normativos, face ao contexto global dos problemas existentes e dos valores éticos da sociedade. A intersecção da prevenção com a protecção da saúde refere-se às medidas legislativas ou normativas impostas, com fundamento na evidência do nível de risco e/ou no nível de benefício dessas medidas perante a uma determinada questão de saúde.



1. Serviços de prevenção, por exemplo: vacinação, citologia do colo do útero, rastreio da hipertensão, vigilância do desenvolvimento infantil.
2. Educação para a saúde na perspectiva da capacitação e prevenção, por exemplo: informação sobre os riscos do tabagismo e apoio na cessação tabágica, amamentação e importância da vinculação mãe/filho para prevenção de doenças e promoção da saúde mental de ambos.
3. Protecção preventiva em saúde, por exemplo: fluoretação das águas, medidas conjuntas dos vários países para redução de gases poluentes da atmosfera.
4. Educação para a saúde para a protecção da saúde na perspectiva preventiva, por exemplo: fundamentação da importância da obrigatoriedade da utilização do cinto de segurança, argumentação sobre legislação anti-tabágica.
5. Educação para a saúde positiva, por exemplo: desenvolvimento junto dos jovens de competências para a vida, promoção da actividade física.
6. Protecção positiva da saúde, por exemplo: políticas sobre o tabagismo nos locais de trabalho, normas da Direcção Geral da Saúde sobre vigilância da gravidez.
7. Educação para a saúde para uma protecção positiva, por exemplo: argumentos explicativos da proibição da publicidade ao tabaco, fundamentação e ensino sobre rotulagem dos alimentos.

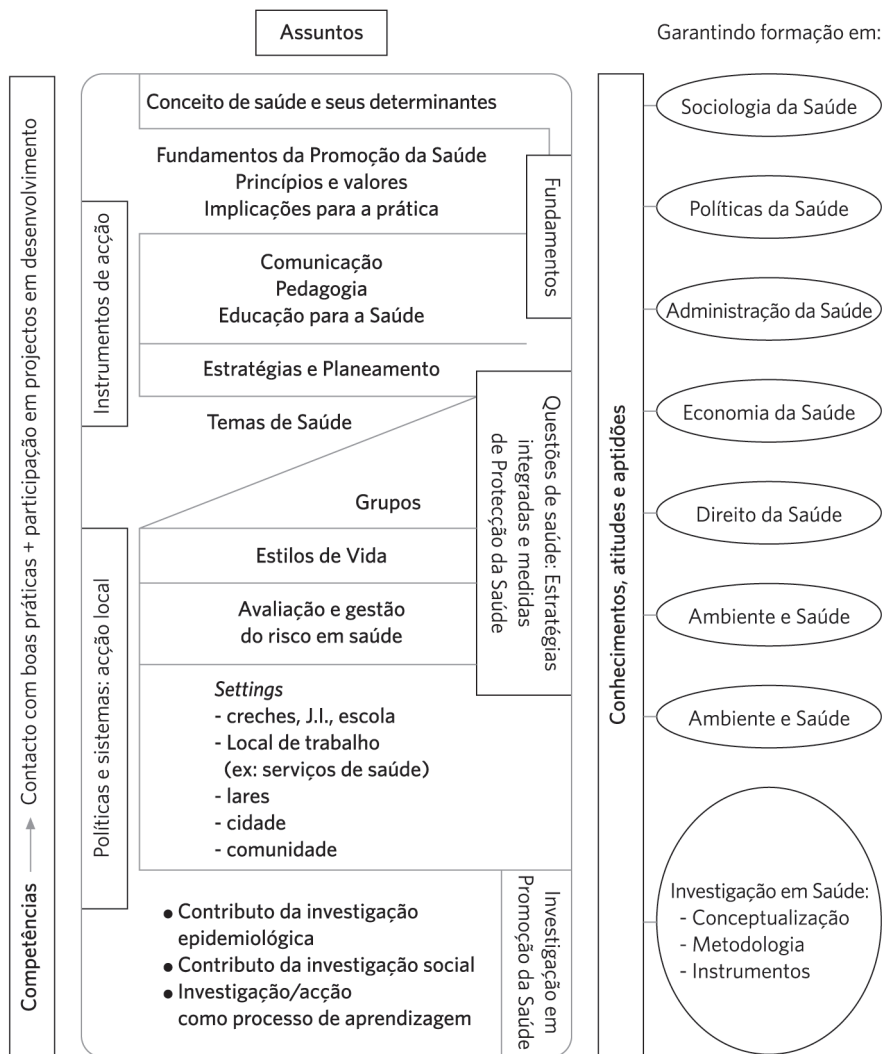
**Figura 1 - Representação do âmbito de intervenção da Promoção da Saúde**

(Adaptado do modelo de Promoção da Saúde de Tannahill (In: Downie et al., 2003, p.59))

Os objectivos gerais do programa de formação em Promoção da Saúde consistem em apetrechar os alunos com:

- formação teórica sobre os conceitos e princípios da Promoção da Saúde;
- capacidades para conduzir uma prática consistente com os conceitos teóricos;
- conhecimentos sobre os determinantes da saúde;
- conhecimentos sobre os factores-chave capazes de influenciar positivamente os determinantes da saúde;
- domínio de uma gama de abordagens estratégicas em Promoção da Saúde com vários grupos populacionais, temas e contextos específicos;
- conhecimentos e discernimento capaz de compreender a complexidade e a natureza dinâmica dos processos de Promoção da Saúde, a nível local, nacional e internacional, particularmente europeu, e relacionar com os temas subjacentes às desigualdades sociais e de saúde, os seus próprios valores e práticas;
- capacidade de estimular e manter processos de melhoria da qualidade dos serviços e estruturas em que trabalham e que estão, ou deveriam estar, envolvidos em actividades de Promoção da Saúde, quer ao nível do Serviço Nacional de Saúde, quer ao nível dos sectores da Educação, Segurança Social, Ambiente, quer ao nível do poder Autárquico ou Organizações Não Governamentais;
- competências para mediar entre estruturas de carácter diverso no sentido de potenciar os benefícios que podem advir para a população;
- competências para a construção de parcerias;
- capacidade de intervenção cívica na defesa de políticas que melhorem a qualidade de vida das populações;
- competências para conduzir investigação no campo da Promoção da Saúde;
- capacidade para procurar os dados relevantes que possibilitem a tomada de decisões ética e cientificamente fundamentadas.

Apresentam-se os assuntos que devem integrar um Programa de Formação em Promoção da Saúde, sendo os respectivos objectivos a nível de ganhos em conhecimentos, atitudes e competências, apresentados em anexo.

**Quadro I - Conteúdos na formação em Promoção da Saúde**

## E. Estratégias de ensino/aprendizagem

Tendo em atenção a valorização atribuída aos processos em Promoção da Saúde, o ensino deve ter impregnado, na sua metodologia, métodos de ensino/aprendizagem que sejam o testemunho e modelo das implicações práticas dos princípios e valores da Promoção da Saúde.

A definição do que é importante saber tem de resultar de um acordo entre ambas as partes – alunos e professores – em que aqueles sabem o que precisam para o seu desempenho profissional e estes detêm o poder para determinar até que ponto passam à prática uma escola democrática e idónea. Ou seja, uma escola capaz de ser flexível, não perdendo de vista o essencial da sua missão: despertar e apetrechar os alunos para o saber e a prática da Promoção da Saúde e para visionarem novos desempenhos que se vão tornando necessários à medida que a sociedade se vai modificando. A escola pode ser um local de produção cultural.

Nos trabalhos consultados sobre a definição das competências em Promoção da Saúde (Comer *et al*, 2006; Kosa, *et al*, 2006) encontra-se a mesma percepção que Grundy (1991) e Stenhouse (1984) têm do currículo, onde sugerem a ultrapassagem de perspectivas tecnicistas para um processo de transformações, carregado de valor e sentido.

Como seres humanos temos de entender o significado da nossa experiência. Uma aprendizagem transformadora desenvolve um pensamento autónomo. Segundo Mezirow (1997) é o processo de efectuar mudança num quadro de referências, podendo movê-lo para um mais inclusivo, discriminativo, auto-reflexivo e integrador da experiência. A auto-reflexão pode conduzir a transformações pessoais significativas.

O cerne de um modelo de desenvolvimento de competências em Promoção da Saúde é ter processos educativos sistematizados e intencionais, integrados num processo de trabalho em que conteúdos, métodos de ensino/aprendizagem, filosofia do curso e materiais de suporte integram um plano de trabalho elaborado de forma construtivista. Sendo o aluno o centro do processo de aprendizagem, a colaboração entre alunos estimula a construção de um contexto social no qual a colaboração cria um sentido de comunidade em que os alunos e professores são participantes activos desse mesmo processo. Os problemas fornecem aos alunos o contexto para estes aplicarem os seus conhecimentos e se apropriarem das suas aquisições de saber.

## **F. Métodos Pedagógicos**

Segundo a teoria da aprendizagem construtivista, os métodos de ensino/aprendizagem baseiam-se num processo consciente de construção do conhecimento, através de métodos que estimulam uma reflexão ao nível individual, de grupo, nacional e internacional, seguida de um processo de integração de novo para cada um destes níveis. A teoria impõe diferentes papéis aos participantes e tutores e ao

seu interrelacionamento. Para além disso, a abordagem tem de ser coerente com os valores e os princípios da Promoção da Saúde.

Os métodos mais comuns de ensino em Promoção da Saúde, como o método expositivo de aula, a utilização do estudo-de-caso, a aprendizagem através do desenvolvimento de um projecto, a aprendizagem por resolução de problemas, oficina ou a aprendizagem à distância, requerem, para que o conhecimento aconteça, que sejam salvaguardadas algumas condições. Apresentam-se alguns exemplos.

### **A aprendizagem através do método expositivo**

No caso de uma exposição, em condições óptimas de aprendizagem, os participantes, deverão ter as seguintes condições (Mezirow, 1997):

- informação completa e rigorosa;
- estarem livres de coerção e desvirtuamento das suas decepções;
- sejam capazes de ponderar a evidência e ter acesso a argumentos tão objectivos quanto possível;
- estarem abertos a perspectivas alternativas;
- serem capazes de reflectir sobre os pressupostos e as suas consequências;
- terem igual oportunidade em participar (incluindo a oportunidade de desafiar, questionar, refutar e reflectir e ouvir outros fazer o mesmo);
- serem capazes de aceitar um consenso informado, objectivo e racional como um teste legítimo de validação.

A educação de adultos é suposta criar espaço livre para reflexão e uma redução do poder diferencial entre educador e aprendiz. O educador é visto mais como um aprendiz, colaborando com a sua experiência, para chegar ao melhor consenso.

### **A aprendizagem baseada em problemas**

Iniciado originalmente na educação médica, este método de aprendizagem (Barrows, 1985) baseia-se no paradigma construtivista (Savery; Duffy, 1995).

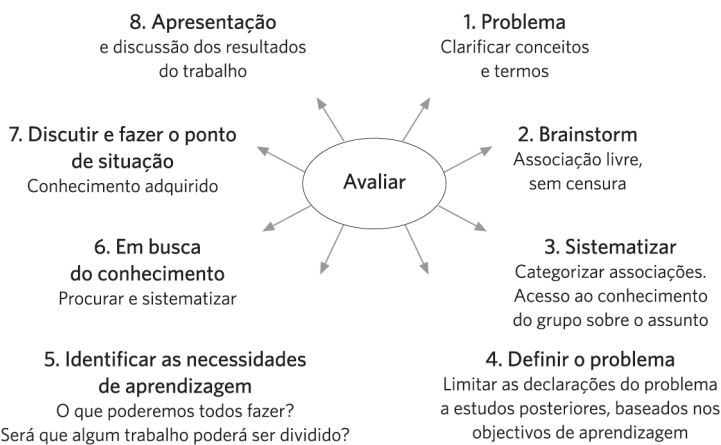
A resolução de problemas na aprendizagem instrumental, bem como na comunicativa, está embebida num conjunto de pressupostos estabelecidos através de um

consenso entre os que estão envolvidos (Mezirow, 1996, p.166). Quando existirem novos dados eles obrigam a uma reflexão crítica aquando da tentativa de os integrar nos pressupostos assumidos. A resolução de problemas envolve mais do que a cognição. Motivações, vontade, intuição, auto-conceito, considerações interpessoais, e emoções são alguns dos ingredientes da acção orientada para a resolução de problemas.

### **Tradução prática:**

Na aprendizagem baseada em problemas, em geral, os alunos organizam-se em grupos de 5 a 8, com um tutor. As funções deste tutor são essencialmente de facilitar o funcionamento do grupo, não sendo, por isso, exigido que tenha mais conhecimentos sobre o assunto do que os alunos. No entanto, é frequente que seja um perito ao qual os alunos recorrem, podendo, no entanto, esta função ser exercida por um de entre eles.

Apresenta-se um esquema desta metodologia de *Problem Based Learning* adaptada ao contexto da formação em Promoção da Saúde.



Fonte: Fosse, Elisabeth (2007)

### **A aprendizagem à distância**

A aprendizagem à distância permite ver como os princípios do construtivismo podem ser postos em acção num contexto único em que é esperado que os alunos actuem como participantes auto-motivados, auto-dirigidos, interactivos e colaboradores.

A aprendizagem à distância pode ser usada para enaltecer a construção subjectiva do conhecimento e o significado individual a partir de experiências pessoais (Tam, 2000). Ao mesmo tempo, é possível sentir que se faz parte de uma comunidade de aprendizagem.

A integração da aprendizagem à distância na aprendizagem por problemas impulsionará também a criação de grupos ou a mobilização dos grupos já formados que se poderão “juntar” num *blackboard* e criar *fora* de discussão, sem necessidade de se deslocarem dos seus locais próprios.

## **G. Avaliação do ensino/aprendizagem**

Os valores educativos devem orientar não só o que se escolhe para avaliar, mas também, como essa avaliação é feita. A forma como é encarada e levada a cabo a avaliação traduz a seriedade com que é assumido o modelo pedagógico.

Num modelo pedagógico como o que se acabou de apresentar faz sentido que a avaliação tenha lugar desde o início do processo educativo e o acompanhe até ao final.

Os resultados dificilmente poderão ser entendidos sem que se compreendam as etapas/elaborações que foram tendo lugar ao longo do processo de aprendizagem.

Bloom classificava a avaliação em três grandes modalidades: a diagnóstica, a formativa e a somativa.

Usando esta classificação, a **avaliação diagnóstica**, permite perceber em que nível o aluno está e quais algumas das suas características que irão determinar o modo como vai evoluir. Uma ponderação do contexto em que a aprendizagem vai ter lugar pode também estar contida nesta modalidade.

A segunda, a **avaliação formativa**, emana, naturalmente dos paradigmas orientadores da formação: a salutogénese e o construtivismo.

Por um lado, ao proporcionar orientação para a construção do conhecimento, é possível observar a capacidade do aluno em encontrar os recursos de que necessita, interpretá-los, sintetizá-los, usá-los e ser capaz de transmitir os resultados da sua experiência. Por outro, segundo Hoffmann (2000), avaliar é dinamizar oportunidades de acção/reflexão, num acompanhamento do professor que deve proporcionar ao aluno, no seu processo de aprendizagem, reflexões acerca do mundo e seu significado, formando seres críticos e participativos na construção de verdades formuladas e reformuladas.



“Não há educador tão sábio que nada possa aprender, nem educando tão ignorante que nada possa ensinar” (Becker, 1997, p.147).

“O mapa conceptual é fundamentado na aprendizagem significativa que explica a construção do conhecimento. Ele aplica-se ao ensino, à aprendizagem e à avaliação. No ensino utiliza-se com apresentação da informação; apresentação que permite a memorização visual, oferece uma visão de conjunto até se notarem as ideias importantes, proporciona uma sequência dos conteúdos, e pode usar-se como organizador prévio. Na aprendizagem é suposto um processo de elaboração; elaboração que possibilita o trabalho de equipa, exige um esforço intelectual, desperta o envolvimento afectivo, promove a responsabilidade, favorece a organização de ideias e estimula a criatividade. Na avaliação utiliza-se para a valorização do conhecimento, o grau de conhecimento inicial e o grau de aprendizagem, revela a compreensão e concepções equivocadas e permite tomar consciência dos significados. Tudo isto favorece encontrar sentido e significado para os conteúdos, necessário à aprendizagem significativa e para “aprender a aprender” (Sáez, 2005, p.3).

É essencial definir critérios de avaliação, cabendo ao professor listar os *itens* realmente importantes e deles informar os alunos, numa perspectiva de diálogo, como eixo norteador e significativo para a acção pedagógica.

Para operacionalizar a teoria avaliativa em aula é necessário:

- realizar correctamente as actividades
- cuidar e rentabilizar os recursos
- cumprir as tarefas e obrigações nos tempos estabelecidos
- manter o bom funcionamento das equipas
- alcançar os objectivos

A avaliação da aprendizagem inscreve-se num processo de formação integral que deverá permitir avaliar não só o conhecimento adquirido, como os processos de construção do conhecimento, as aprendizagens significativas; o desenvolvimento das potencialidades e dimensões humanas; desenvolvimento de atitudes, comportamentos, valores e princípios; o desenvolvimento das dimensões espiritual, cognitiva, socio-afectiva, comunicativa; a maturação no processo de desenvolvimento evolutivo da personalidade, carácter, vontade, vocação, expectativas, interesses, motivação e participação; a formação em relação com o compromisso com a comunidade e com a transformação sócio-cultural; a forma de implementar processos

de auto-aprendizagem a partir de modelos pedagógicos e didáticos pertinentes em relação com as áreas de saber; a maneira como se expressa e comunica o que se aprendeu, etc. (*Ibid*).

A auto-avaliação deve estar presente em todos os momentos, quer do educando quer do educador, permitindo avaliar o seu próprio desempenho e, eventualmente, corrigi-lo, solicitando, ou não, apoio para o fazer. O acompanhamento das condições de aprendizagem permitem, ao mesmo tempo, reformular o ensino.

Um método que contribui para o processo de auto-aprendizagem é a elaboração de um portefólio individual durante o processo de aprendizagem em que sejam visíveis:

- um sumário periódico das actividades e progressos
- notas internas e relatórios ao grupo a que pertence
- uma lista da literatura e informação processada
- outra informação relevante

Por último, mas nunca isoladamente, a **avaliação somativa** requer comparar os resultados conseguidos pelo aluno aos objectivos previamente definidos, desejavelmente com a sua própria participação. Ao analisar as experiências que conduziram aos resultados, e numa perspectiva de se querer melhorar estes, ou seja, implicitamente a qualidade do ensino, o educador necessita conhecer a experiência do educando ao longo do percurso educativo – no que respeita ao currículo, metodologia e tipo de esforço do aluno que conduziu àqueles resultados.

## **H. Formação em Promoção da Saúde na Universidade**

A Universidade desempenha um papel cultural insubstituível. Para além da sua função utilitária, é um local que deve ser de construção de valores, de promoção do debate, do desenvolvimento do espírito crítico e participativo. Por isso, a Universidade é o local privilegiado para uma formação concertada que fortaleça os princípios éticos e estratégicos da Promoção da Saúde, como a co-responsabilização social pela saúde e desenvolvimento humano. Essa formação dever-se-ia iniciar no ensino pré-graduado e continuar o seu desenvolvimento, em níveis mais aprofundados, nos cursos universitários e de pós-graduação.

## Conclusão

A capacidade e gosto de aprender ao longo da vida podem ser o garante da flexibilidade sustentada necessária aos profissionais e às suas instituições, da captação dos meios necessários para fazer face à complexidade e mudança social, tecnológica, do ambiente, conciliando tecnologias com a dimensão humana.

Para além de estimular os grupos a fazerem a sua história, através da reflexão individual e conjunta, da partilha de saberes e afectos, pretende-se, também, partilhar o conhecimento entre instituições, a nível nacional e internacional, mobilizando alunos e docentes, num projecto conjunto, de crescimento profissional, pessoal e global.

A construção do conhecimento torna-se numa aventura colectiva – onde cada um constrói os seus próprios saberes, mas onde contribui, também, para a construção dos saberes dos outros (Wenger, 1998). Se houvesse uma consciência mais divulgada do quanto o currículo “*corporifica relações sociais*” (Silva, 1995, p. 141) talvez existisse mais pudor em tomar certas decisões, utilizando o poder, apoiado no estatuto socialmente reconhecido, mas contraditório com os conceitos e princípios da área da Promoção da Saúde e do modelo conceptual de aprendizagem do construtivismo, por quem se assume como os senhores da escola.

A formação que “valoriza a comunidade, a interacção, os contextos, os processos orgânicos, a geometria variável, a complexidade, o fluxo, a mudança” (Figueiredo, 2001, p.41) e não apenas os conteúdos, desprovidos de contexto, cria condições para se formarem profissionais e cidadãos capazes de lidar com uma realidade complexa e em permanente mutação, mas onde é possível criar o sonho e marcar o destino de uma humanidade mais saudável e mais solidária.

## Bibliografia

- ABDAL-HAQQ, I. (1998) – *Constructivism in teacher education: considerations for those who would link practice to theory*. Washington, DC : ERIC Clearinghouse on Teaching and Teacher Education. Retrieved January 14, 2005, from the World Wide Web: <http://www.ericdigests.org/1999-3/theory.html>.
- ALONSO, L. (2000) - A construção social do currículo: uma abordagem ecológica e prática. *Revista de Educação*, IX (1), 53-67.
- ALONSO, L. (1995) – O design curricular da reforma: que projecto de cultura e de formação? In: *Ciências da educação: investigação e acção*. (pp.139-153). Vol II. Braga : Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação.
- ANTONOVSKY, A. (1979) – *Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.

- BARROWS, H. S. (1985) - *How to design a problem based curriculum for the preclinical years*. New York: Springer Publishing.
- BARROWS, H.S. (1992) - *The tutorial process*. Springfield, IL: Southern Illinois University School of Medicine.
- BECKER, F. (1997) - *Da acção à operação: o caminho da aprendizagem em J. Piaget e P. Freire*. Rio de Janeiro: DP & A Editora e Palmarinca.
- CANNELLA, G. S.; REIFF, J.C. (1994)- Individual constructivist teacher education: teachers as empowered learners. *Teachers Education Quarterly*, 21 (3), 27-38.
- CHUNG, J. (1991) - Collaborative learning strategies: the design of instructional environments for the emerging new school. *Educational Technology*, 31 (6), 15-22.
- COLOMER, C., et al. (2002) - European training in health promotion: quality assurance based on collaboration and empowerment. *Promotion & Education*, IX (2), 52-54.
- COMER, S.; BARRY, M. (2006) - Compiling a list of health promotion competencies. Paris: IUHPE. Document produced within the scope of the International Union for Health Promotion and Education sub-committee members.
- COPLEY, J. (1992) - The integration of teacher education and technology: a constructivist model. In CAREY, D. et al., ed lit. - *Technology and teacher education* Charlottesville, VA: AACE. (pp. 681).
- DAVIES, J. K., et al. (2000) - The EUMAHP project : the development of a European Masters programme in health promotion. *Promotion & Education*, VII (1), 15-18.
- DOWNIE, R.S.; TANNAHILL, C.; TANNAHILL, A. (2003) - *Health Promotion: models and values*. Oxford: Oxford University Press.
- EUMAHP (2004) - *Phase 2 of the "European Masters in Health Promotion Project (EUMAHP): results and recommendations*. Brighton: EUMAHP. CD Rom.
- EUMAHP (2003) - *Health promotion and sustainability in Europe: European dimension of health promotion*. Magdeburg : EUMAHP. CD Rom.
- FIGUEIREDO, A.D. (2001)- *Redes de educação: a surpreendente riqueza de um conceito*. In CNE (2002) - *Redes de aprendizagem, redes de conhecimento*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação. Ministério da Educação. pp. 39-55.
- FOSSE, E. (2007) - Problem Based Learning (PBL). In: PHETICE WP4 Training Development Workshop, Prague, 28-31st August, 2007. Prague: National Institute of Public Health.
- GRUNDY, S. (1991) - *Producto y praxis del curriculum*. Madrid: Morata.
- HABERMAS, J. (1987) - *The theory of communicative action. Vol. II. Lifeworld and system: a critique of functionalist reason*. Boston: Beacon Press.
- HABERMAS, J. (1984) - *The theory of communicative action. Vol. I. Reason and the rationalization of society*. Boston: Beacon Press.
- HOFFMANN, J. (2000) - *Avaliação: mito e desafio: uma perspectiva construtivista*. Porto Alegre: Mediação.
- INSTITUTE OF MEDICINE (2003) - *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, D.C.: Institute of Medicine of the National Academies. The National Academies Press.
- KÓSA, K.; STOCK, C. (2006) - *Analysis of documents on key competencies in public health and health promotion*. Brighton: PHETICE Project. Document prepared

- for the 3rd Meeting of the PHETICE Project "Public Health Training in the Context of an Enlarging Europe".
- LABONTE, R.; Robertson, A. (1996) – Delivering the goods, showing our stuff: the case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. *Health Education Quarterly*, 23 (4), 431-447.
- LINDSTRÖM, B. (2004)– The contribution of Health Promotion to the European perspective of education and learning. In: EUMAHP – Phase 2 of the "European Masters in Health Promotion (EUMAHP) Project: results and recommendations" (2004). Brighton: EUMAHP. CD Rom.
- MEZIROW, J. (1997) – Transformative learning: theory to practice. *New directions for Adult and Continuing Education*, 74, 5-12.
- MITTELMARK, M.B., et al. (2000) - Benchmarking for investment for health. *Promotion & Education*, 2, 24-32.
- NILSON, L; LINDSTRÖM B. (1998) – Learning as a health promoting process – the salutogenic interpretation of the Swedish curricula in state education. *IJHP - Internet Journal of Health Promotion*, 14, 1-16.
- OLIVEIRA, S. R.; MACEDO, H. (2005) – Avaliação educacional como processo de construção do conhecimento. Retrieved January 15, 2005, from the World Wide Web: [www.projectoeducar.com.br/avalia](http://www.projectoeducar.com.br/avalia).
- PEREZ GOMEZ, A. I. (1993a) – La escuela, encrucijada de culturas. *Investigación en la Escuela*, 26, 7-23.
- PEREZ GOMEZ, A. I. (1993b) – La interacción teoría-práctica en la formación del docente. In MONTERO, L. ; VEZ, J. M., ed. lit. – *Las didácticas específicas en la formación del profesorado* (pp. 29-51). Santiago de Compostela: Tórculo Edicións.
- RESNICK, L.B. (1989) – Introduction. In RESNICK, L.B., ed. lit. – *Knowing, learning, and instruction*. (pp. 1-24). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- RICHARDSON, V. (1997) – Constructivist teaching and teacher education: theory and practice. In: Richardson, V., ed. lit. – *Constructivist teacher education: building new understandings* (pp. 3-14). Washington, DC: Falmer Press.
- ROOTMAN, I. et al, ed. lit. (2001) – *Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Regional Publications. (European Series; 92).
- SAEZ, P.C. (2005) – Construtivismo y evaluación educacional formadora. Retrieved January 15, 2005, from the World Wide Web : <http://www.monografias.com/trabajos14/evaeduca/evaeduca.shtml>.
- SAVERY, J.R.; Duffy, T.M. (1995) – Problem based learning: an instructional model and its constructivist framework. *Educational Technology*, 35 (5), 31-38.
- SILVA, T.T. da (1995) – Os novos mapas culturais e o lugar do currículo numa paisagem pós-moderna. *Educação, Sociedade e Culturas*, 3, 125-142 .
- SMITH, H. (1999) – International benchmarking: act or fantasy. In H. SMITH, H. ; M. AMSTRONG, M.; BROWN, S., ed lit. – *Benchmarking and threshold standards in higher education*. London: Kogan Page.
- STEIN, S. (1995) – *Equipped for the future: a customer driven vision for adult literacy and lifelong learning*. Washington, D.C.: National Institute for Literacy.
- STENHOUSE. L. (1984) – *Investigación y desarrollo del curriculum*. Madrid: Morata.

- TAM, M. (2000) - Constructivism, Instructional design, and technology: implications for transforming distance learning. *Educational Technology & Society*, 3 (2), 50-60.
- TANNAHILL, A. (1985) - What is health promotion? *Health Education Journal*, 44 (4), 167-8.
- TANNER, D.; TANNER, L.N. (1980) - *Curriculum development: theory into practice*. New York: Macmillan Publishing.
- WOOLFOLK, A.E. (1993) - *Educational psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- USA. INSTITUTE OF MEDICINE (2000) - *Promoting health: intervention strategies from social and behavioural research*. Washington, DC: Institute of Medicine.

## Anexo

### Conteúdos, conhecimentos, atitudes e competências a adquirir na formação em Promoção da Saúde

Competências / Atitudes Ser capaz de:	Conteúdos	Conhecimentos/Atitudes Estar familiarizado com:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpretar dados epidemiológicos de saúde/doença da vários países do mundo.</li> <li>- Analisar criticamente documentos orientadores de saúde, nacionais (ex: PNS) e internacionais (ex: Agenda de Saúde 21, Programa de acção comunitária SP na Europa).</li> <li>- Identificar níveis de solidariedade, reconhecer actos de empatia e mobilização à participação</li> </ul>	<p><b>Saúde e doença: conceitos e determinantes</b>  <b>Saúde: Epistemologia, ciência, história</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Carta de Otava</li> <li>- Valores em Promoção de Saúde</li> <li>- Paradigma da Promoção da Saúde</li> <li>- Modelos de Promoção da Saúde e EdSaúde</li> <li>- Questões éticas na tomada de decisão em saúde</li> <li>- Dimensão Europeia</li> <li>- Implicações práticas (testemunhos)</li> </ul>	<p><b>Fundamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição e geografia da pobreza e desigualdades em saúde</li> <li>- Direitos Humanos.</li> <li>- Valores: autonomia, participação, intersectorialidade, equidade.</li> <li>- Políticas e posições nacionais e internacionais sobre ambiente sustentável.</li> <li>- Empowerment e conflitos de poder</li> <li>- Salutogénese: um paradigma a integrar</li> <li>- Capacidade de organização civil, redes internacionais e nacionais.</li> <li>- Perspectivas europeias da PromSaúde, incluindo a histórica, cultural, económica e política</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosticar a linguagem</li> <li>- Saber ouvir, uso da comunicação formal oral, escrita e audio-visual</li> <li>- Ter linguagem acessível a leigos.</li> <li>- Negociar, construir parcerias.</li> <li>- Trabalhar em equipa.</li> <li>- Marketing de boas práticas</li> </ul>	<p><b>Instrumentos de acção</b> <b>Comunicação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelos em EdS e Promoção da Saúde</li> <li>- Diagnóstico prévio em EdSaúde</li> <li>- O processo de aprendizagem e os comportamentos ligados à saúde</li> <li>- Conteúdos, métodos e meios educativos em Promoção de Saúde</li> <li>- Avaliação da efectividade da comunicação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A linguagem através da expressão corporal.</li> <li>- Estratégias de dinâmica de grupos.</li> <li>- Atitude estimulante para ouvir.</li> <li>- Domínio de outras linguagens.</li> <li>- Reconhecimento de conceitos diferentes na mesma língua.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazer diagnóstico das necessidades.</li> <li>- Estimular debate em todas as fases.</li> <li>- Objectivos relevantes e avaliáveis.</li> <li>- Discutir a escolha de estratégias</li> <li>- Propôr e debater avaliação da efectividade.</li> <li>- Construir um projecto participado</li> </ul>	<p><b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégias e planeamento*</li> <li>- Políticas em Saúde e seu impacto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As etapas do planeamento e a integração dos princípios da Promoção da Saúde.</li> <li>- Indicadores relevantes para monitorizar e avaliar a efectividade.</li> </ul>

S – Saúde   PromS – Promoção da Saúde   EdS – Educação para a Saúde   I – Investigação

\* Encontra-se mais desenvolvido nesta parte do Relatório Pedagógico

### Conteúdos, conhecimentos, atitudes e competências a adquirir na formação em Promoção da Saúde (cont.)

Competências / Atitudes Ser capaz de:	Conteúdos	Conhecimentos/Atitudes Estar familiarizado com:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosticar problemas.</li> <li>- Identificar necessidades e recursos.</li> <li>- Encontrar objectivos e estratégias comuns.</li> <li>- Confrontar as pessoas com a sua situação e apoiá-las na tomada de decisão consciente, fundamentada e livre.</li> <li>- Identificar elementos-chave das mudanças necessárias e advogá-las. Monitorizar programas e ajustar objectivos.</li> <li>- Fazer propostas concretas e científicas, fundamentadas de legislação adequada de Protecção da Saúde.</li> <li>- Colmatar o fosso entre a não-percepção da vulnerabilidade e o risco.</li> </ul>	<p>Alimentação/actividade física Segurança ambiental Sexualidade Dependências S. Mental S.Oral</p> <p>Grupos etários, étnicos, imigrantes, institucionais, outros</p> <p><b>Estilos de Vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação e gestão do risco em saúde</li> <li>- Noção de risco sob perspectiva epidemiológica e subjectiva</li> <li>- Meios de prevenção e controlo do risco</li> </ul>	<p><b>Questões de saúde: Estratégias Integradas e medidas de Protecção da Saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fundamentos fisiológicos e estudos recentes que permitem defender uma proposta de mudança de comportamento.</li> <li>- Características dos vários ciclos de vida, de instituições e suas repercussões sobre as pessoas que a elas pertencem, de grupos específicos.</li> <li>- Alternativas ao risco da exposição.</li> <li>- Factores pessoais e ambientais facilitadores de mudanças positivas.</li> <li>- Sistemas de vigilância epidemiológica, legislação nacional e internacional no domínio da Protecção da Saúde.</li> <li>- Recurso a outros profissionais que possam complementar os conhecimentos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar dinâmica de grupo para debates e consensos.</li> <li>- Negociar novas políticas com os elementos – decisores</li> <li>- Mobilizar competências necessárias para operacionalizar a mudança decidida.</li> <li>- Diagnosticar a percepção das pessoas sobre o seu bem-estar e funcionamento da organização /sistema</li> <li>- Catalisar a reflexão sobre o que e como mudar</li> <li>- Gerir projectos com eficiência</li> </ul>	<p><b>Políticas e sistemas organizacionais: Acção local</b></p> <p><b>Settings</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelos organizacionais</li> <li>- Comunicação interpessoal</li> <li>- O grupo como espaço de A</li> <li>- Dinâmica relacional em grupos.</li> <li>- Gestão do poder e conflitos em grupos</li> <li>- Liderança em Promoção da Saúde</li> <li>- Sistemas e políticas institucionais</li> <li>- Programação integrada</li> <li>- Construção de parcerias: multidisciplinaridade e intersectorialidade</li> <li>- Capital social: definição, construção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistemas em que se integra o <i>setting</i>, fluxograma, legislação, normas e objectivos.</li> <li>- Psicossociologia das organizações</li> <li>- Como funcionam outras semelhantes, a nível nacional e internacional.</li> <li>- Propostas de mudança fundamentadas na evidência do que melhor funciona.</li> </ul>



### Conteúdos, conhecimentos, atitudes e competências a adquirir na formação em Promoção da Saúde (cont.)

Competências / Atitudes Ser capaz de:	Conteúdos	Conhecimentos/Atitudes Estar familiarizado com:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar situações típicas da utilização das diferentes técnicas de recolha da informação</li> <li>- Identificar problemas, possíveis soluções e consequências associadas à utilização das diferentes metodologias.</li> <li>- Seleccionar instrumentos de avaliação.</li> <li>- Identificar situações concretas de realização de estudos de caso.</li> <li>- Identificar situações concretas de desenvolvimento de investigação-acção.</li> <li>- Enquadrar a estatística num projecto de investigação.</li> <li>- Identificar o tipo de testes estatísticos adequados às hipóteses de investigação.</li> <li>- Analisar e interpretar resultados em SPSS.</li> <li>- Analisar projectos de investigação quantitativa e qualitativa.</li> <li>- Apresentação de protocolo de investigação.</li> <li>- Desenvolvimento de um projecto de investigação num ano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O processo de investigação em saúde</li> <li>- Tipos principais de recursos metodológicos</li> <li>- Metodologias quantitativas vs qualitativas. Enquadramento epistemológico do problema</li> <li>- Técnicas de recolha de informação em investigação.</li> <li>- Análise e elaboração de projectos de investigação</li> <li>- Estruturação e desenvolvimento de projectos de investigação qualitativa.</li> <li>- Técnica de construção de um protocolo de investigação.</li> <li>- Efectividade em Promoção da Saúde e suas implicações para a intervenção.</li> <li>- Valores e ética na investigação em saúde</li> </ul>	<div>Investigação em Promoção da Saúde</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os fundamentos epistemológicos das metodologias qualitativas.</li> <li>- Os fundamentos epistemológicos das metodologias quantitativas.</li> <li>- Regras básicas da construção de instrumentos de recolha de informação (observação, entrevista, questionário, <i>focus group</i>)</li> <li>- Situações típicas da utilização de técnicas específicas de recolha de informação.</li> <li>- Características do estudo de caso.</li> <li>- Diferentes tipos de estudo de caso.</li> <li>- Situações típicas do desenvolvimento de um estudo de caso.</li> <li>- Componentes de um projecto de investigação qualitativa.</li> <li>- A "triangulação" e sua importância no âmbito da investigação qualitativa.</li> </ul>