

Regina da Conceição Araújo Cerqueira

**Implementação da Prática dos Psicometricistas na Região do Alto Minho: Um
Estudo Exploratório**

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, Junho de 2013

Implementação da Prática dos Psicometricistas na Região do Alto Minho: Um Estudo Exploratório

Regina da Conceição Araújo Cerqueira

**Implementação da Prática dos Psicometricistas na Região do Alto Minho: Um
Estudo Exploratório**

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, Junho de 2013

Regina da Conceição Araújo Cerqueira

**Implementação da Prática dos Psicometricistas na Região do Alto Minho: Um
Estudo Exploratório**

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Reabilitação Psicomotora.

Trabalho efetuado sob a orientação da Mestre Gabriela Almeida.

Resumo: O fato de a Psicometria ser uma área relativamente recente, faz com que persistam obstáculos à sua implementação. Com este estudo, pretende-se analisar até que ponto o mercado de trabalho na região do Alto Minho tem consolidado o conhecimento acerca da Psicometria e práticas do Psicometricista, reconhece a sua importância e está receptivo à sua implementação. Recorreu-se a metodologia quantitativa, através da elaboração de um questionário de escala tipo Likert. Os dados derivam de 30 questionários, que, posteriormente, foram tratados com recurso ao SPSS. Concluiu-se que apesar do nível de conhecimento existente e importância atribuída, estes não são ainda suficientes para a implementação da Psicometria e práticas do Psicometricista.

Palavras-chave: Conhecimento, importância, implementação, Psicometria.

Abstract: Psychometrics is still a recent area and due to that there are some obstacles that persist to its broad implementation. This study aims to examine the extent to which the labor market in the Alto Minho, Portugal has consolidated knowledge of the Psychometrics and Psychometricians practices, recognizes its importance and is receptive to its implementation. It was implemented a quantitative methodology, through the elaboration of a questionnaire with a Likert scale. The data used was obtained from 30 questionnaires, and was subsequently processed and analyzed using SPSS. Despite the existing level of knowledge and importance given, these are still not enough for implementation of Psychometrics and Psychometricians practices.

Keywords: Knowledge, importance, implementation, Psychometrics.

Dedicatória

Tudo é ousado para quem a nada se atreve.

Fernando Pessoa

À memória da minha avó Conceição.

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o contributo de diversas pessoas.

Sinceros agradecimentos a:

- Mestre Gabriela Almeida pela orientação prestada ao longo da elaboração da monografia;
- Professora Doutora Susana Marinho pelo conhecimento e rigor científicos transmitidos;
- Aos 30 indivíduos que responderam aos questionários.

Índice

Resumo	5
Abstract	5
Dedicatória	6
Agradecimentos	7
Abreviaturas e Siglas	10
Introdução.....	11
Capítulo I – Enquadramento Teórico.....	14
1. Conceito de Psicomotricidade.....	14
2. Revisão Histórica da Psicomotricidade	14
3. Reeducação Psicomotora	16
3.1. Intervenção Psicomotora	17
4. Psicomotricidade na Europa.....	18
4.1. França	19
4.2. Áustria	19
4.3. República Checa	20
4.4. Dinamarca.....	20
4.5. Portugal	21
Capítulo II – Estudo Empírico.....	26
1. Objetivos e Questões de Investigação	26
2. Metodologia	27
2.1. Caraterização da Amostra.....	27
2.2. Instrumento de Recolha de Dados	30
3. Procedimentos	31
Capítulo III – Apresentação dos Resultados	33
1. Estatística Descritiva	35

Capítulo IV – Discussão dos Resultados	42
Capítulo V – Conclusões.....	44
1. Conclusões da Investigação	44
2. Limitações.....	45
Referências Bibliográficas	46
Anexos.....	48
Anexo 1 – Questionário	49
Anexo 2 – Consentimento Informado	57
Anexo 3 – Dados SPSS	58

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Género	28
Gráfico 2 - Habilitações Literárias.....	28
Gráfico 3 - Tempo de Serviço na Saúde	29
Gráfico 4 - Idade	30

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Tempo de Serviço na Saúde.....	29
Tabela 2 - Análise Descritiva dos Itens.....	33
Tabela 3 - Variável Conhecimento	35
Tabela 4 - Variável Importância	35
Tabela 5 - Variável Implementação	36
Tabela 6 - Análise Descritiva das Variáveis	36
Tabela 7 - Consistência Interna das Variáveis	36
Tabela 8 - Consistência Interna da Escala.....	37
Tabela 9 - Correlação de Spearman	37
Tabela 10 - Teste Kruskal-Wallis: Idade	39
Tabela 11 - Teste Mann-Whitney: Tempo de Serviço na Saúde.....	40
Tabela 12 - Teste Kruskal-Wallis: Profissão.....	41

Abreviaturas e Siglas

APP – Associação Portuguesa de Psicometria

DP – Desvio-padrão

FEP – Fórum Europeu de Psicometria

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

K-W – Teste Kruskal-Wallis

N – Número de indivíduos da amostra

p – Nível de significância

r_s – Coeficiente de correlação de Spearman

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TSS – Tempo de Serviço em Saúde

U – Teste Mann-Whitney

Introdução

“A Psicomotricidade não encerra apenas a história dos conceitos de Exercício Físico, Motricidade, Corpo convocados para “ordem psíquica perturbada”, ou para facilitar o “funcionamento do espírito”, mas também, o estudo e a análise de condições de adaptação e de aprendizagem que tornam possível o comportamento humano (Fonseca, 2010, p.16).”

O termo “Psicomotricidade” surge a partir da necessidade de compreensão das estruturas neurológicas e esclarecimento de fatores patológicos, primeiramente, por neurologistas e, posteriormente, por psiquiatras (Fonseca, 2010).

Destaca-se Dupré (1909) no campo patológico, quando introduz os primeiros estudos sobre a debilidade motora. Henri Wallon (1925), é o grande pioneiro da Psicomotricidade, tendo-se ocupado do movimento humano e atribuindo-o como instrumento da construção do psiquismo (Fonseca, 2010).

Julian de Ajuriaguerra (1947), delimita as perturbações psicomotoras que oscilam entre o neurológico e o psiquiátrico, permitindo à Psicomotricidade a aquisição da sua própria especificidade e autonomia, e dando continuidade à obra de Wallon (Fonseca, 2010).

Na década de 70, vários autores definiram a Psicomotricidade como uma motricidade de relação, começando assim a ser delimitada uma diferença entre uma posição reeducativa e uma terapêutica. Assim, deu-se progressivamente, maior importância à relação, à afetividade e às emoções. Atualmente, ocupa um lugar incontestável na medicina psicossomática e nos métodos de reeducação pedagógica (Fonseca, 2006).

O fato de a Psicomotricidade ser uma área relativamente recente, faz com que persistam obstáculos à sua implementação. Este estudo, intitulado “Implementação da Prática dos Psicomotricistas na Região do Alto Minho: Um Estudo Exploratório” tem como objetivos: analisar como é que o conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista está difundido, compreender qual a importância que lhes é dada e verificar a receptividade para a sua implementação, conjuntamente com as motivações pessoais de divulgação, sensibilização e afirmação da importância da Psicomotricidade.

Para tal, foi construído um questionário com base na revisão da literatura, o qual foi distribuído pela Região do Alto Minho, mais concretamente, pelas zonas de Ponte de Lima, Viana do Castelo e Braga. Para a seleção dos participantes, recorreu-se a um

processo de amostragem intencional, tratando-se, por isso, de uma amostra não probabilística.

Foram delineadas as seguintes questões de investigação: 1. Os indivíduos mais velhos apresentam um maior nível de Conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, atribuem mais Importância e estão mais recetivos à sua Implementação?; 2. Os indivíduos com mais anos de trabalho evidenciam um maior nível de Conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, atribuem mais Importância e estão mais recetivos à sua Implementação?; e, 3. Consoante a profissão, é maior o nível de Conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, a Importância atribuída e a recetividade para a Implementação?

Constatou-se que são os indivíduos mais velhos que representam o grupo etário que apresenta o maior nível de Conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, assim como é o grupo que atribui mais Importância e está mais recetivo à Implementação. Os indivíduos com mais tempo de serviço correspondem ao grupo que apresenta um maior nível de conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, atribuí mais importância e está mais recetivo à implementação. Em contrapartida, a profissão dos inquiridos não influencia o nível de conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, a importância atribuída e a recetividade para a sua implementação.

O presente documento encontra-se estruturado em cinco capítulos: enquadramento teórico, estudo empírico, apresentação dos resultados, discussão dos resultados e conclusões.

No primeiro capítulo, é feita uma breve apresentação dos conceitos considerados relevantes para este trabalho (Psicomotricidade, reeducação psicomotora, intervenção psicomotora e Psicomotricidade na Europa).

O segundo capítulo refere-se ao estudo empírico, no qual se apresentam os objetivos e questões de investigação, assim como a caracterização da amostra. É feita referência ao instrumento de recolha de dados e aos procedimentos desencadeados na recolha e tratamento dos mesmos.

No terceiro capítulo, são apresentados os resultados obtidos que, posteriormente são discutidos no quarto capítulo.

O último capítulo destina-se às considerações finais, onde são também apresentadas as limitações deste estudo.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Conceito de Psicomotricidade

A Psicomotricidade consiste numa reeducação ou terapia de mediação corporal e expressiva, em que o Psicomotricista estuda e compensa condutas motoras inadequadas ou inadaptadas, em situações comumente associadas a problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, comportamento, aprendizagem e âmbito psicoafectivo. (Martins, 2010, *cit. in* Matias 2010)

A Psicomotricidade encara as potencialidades motoras, mentais e emocionais do indivíduo em constante interação, sendo que, para perceber o que exprime o corpo, é necessário situá-lo no envolvimento com o qual está numa contínua interação. A atividade humana é vista como um investimento global da personalidade do indivíduo em ação, em que as modificações tónicas, as posturas e os movimentos, são indicativos de toda a história pessoal do indivíduo, das suas representações, vivências tónico-emocionais e do seu imaginário. Assim, a prática psicomotora liga a expressão corporal e a atividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, aumentando o potencial adaptativo do indivíduo. (Martins, 2010, *cit. in* Matias 2010)

2. Revisão Histórica da Psicomotricidade

Foi no século XIX que o corpo começou a ser estudado, em primeira instância por neurologistas, devido a necessidade de compreensão das estruturas cerebrais e, posteriormente, por psiquiatras, para clarificação de fatores patológicos (Fonseca, 2010).

No domínio patológico, foi através de Dupré (1909) que surgiu o termo “psicomotricidade”, quando introduzidos os estudos acerca debilidade motora em débeis mentais. A Psicomotricidade vista como campo científico deve-se a Henri Wallon, que impulsionou as primeiras tentativas de estudo da reeducação psicomotora (Fonseca, 2010).

Segundo Wallon (1925), o movimento é a única expressão e o primeiro instrumento do psiquismo. O alcance desta dimensão do movimento e do corpo da criança permitiu-lhe apresentar uma conceção original da evolução mental. Em 1929, afirma que o desenvolvimento psicológico da criança é resultado da oposição e substituição de atividades que se precedem umas às outras. Ao longo da sua obra, tentou demonstrar uma ação recíproca existente entre as funções mentais e as funções motoras, alegando que a atividade mental não resulta de relações homogêneas ou de determinismos mecanicistas (Fonseca, 2010).

Prosseguindo a obra de Wallon, Ajuriaguerra, líder da escola francófona da Psicomotricidade, desenvolve uma intensa atividade científica. Com a publicação de estudos sobre o tónus e desenvolvimento de métodos de relaxação, vai consolidando os princípios e bases da Psicomotricidade (Fonseca, 2010).

À luz de Wallon e Ajuriaguerra, a Psicomotricidade concebe os determinantes biológicos e culturais do desenvolvimento da criança como dialéticos e não como redutíveis uns aos outros. Logo, considera-se importante a elaboração de uma teoria psicológica que estabeleça relações entre o comportamento e o desenvolvimento da criança e a maturação do seu sistema nervoso, uma vez que só assim se podem traçar estratégias educativas, terapêuticas e reabilitativas adequadas às suas necessidades específicas (Fonseca, 2010).

Atualmente, a Psicomotricidade é concebida como integração superior da motricidade, produto de uma relação inteligível entre a criança e o meio, e instrumento privilegiado através do qual a consciência se forma e materializa (Fonseca, 2010).

Encontra-se enriquecida com estudos de domínio instintivo-emocional, linguagem, imagem do corpo, aspetos perceptivo-gnósticos e práticos, que deram ao estudo do movimento humano uma dimensão mais científica e menos mecanicista (Fonseca, 2006).

A Psicomotricidade, para além dos problemas de debilidade mental e motora, interessa aos estudos da delinquência (Heuyer), turbulência (Wallon), instabilidade (Abramson) e emocionalidade e agressividade, assim como de perturbações das funções cognitivas e executivas (Fonseca, 2006).

A explicação do movimento não pode ser satisfeita por uma visão anatómica ou mecanicista, uma vez que se encobre o problema quando se estudam apenas os ossos, articulações e músculos, e não se aborda o significado do movimento como comportamento, isto é, como relação consciente e inteligível entre a ação do indivíduo e a situação circunstancial (Fonseca, 2006).

As experiências vividas demonstram que é impossível observar o movimento de modo parcial, na medida em que o sentido global do comportamento explica o que ocorre em cada uma das partes do corpo. É portanto fundamental corroborar a gênese da Psicomotricidade num quadro epistemológico dinâmico e estruturado, evitando as justificações fisiológicas e psicológicas analíticas. Os conhecimentos anatómicos e fisiológicos são úteis quando se considera que o fundamento da execução do ato motor é atingir um objetivo, um fim. É indispensável a intencionalidade, significação e expressão do movimento, e desta forma o movimento coloca em causa toda a personalidade do indivíduo (Fonseca, 2006).

Segundo Buytendijk, “O movimento é sempre a expressão de uma existência.” (Fonseca, 2006, p.17)

Os estudos em Psicomotricidade influenciaram as técnicas relacionadas com a inadaptação, neuropsicologia infantil, métodos ativos de aprendizagem, e ainda, com os métodos de “ginástica rítmica” e “ginástica corretiva”. Atualmente ocupa um lugar incontestável na medicina psicossomática e nos métodos de reeducação pedagógica (Fonseca, 2006).

3. Reeducação Psicomotora

Agindo através do movimento como meio terapêutico, procura melhorar os processos de integração, elaboração e realização, inerentes à realidade dialética da criança face ao seu desenvolvimento (Fonseca, 2006).

Na reeducação psicomotora, pretende-se readaptar a criança à atividade mental que preside à elaboração do movimento, melhorando as estruturas psíquicas responsáveis pela transmissão, execução e controlo do movimento, através de um melhor

reconhecimento espaço-temporal com base numa maior disponibilidade corporal (Fonseca, 2006).

As finalidades do Psicomotricista vão desde a previsão e organização das sequências motoras (plano do movimento) no espaço e no tempo, regulação da excitação motora em intensidade e duração, consciência quinestésica e intelectual da realização do ato e informações de retorno (efeito da ação), até ao aperfeiçoamento motor (Fonseca, 2006).

3.1. Intervenção Psicomotora

A reeducação psicomotora é uma intervenção que pretende facilitar a realização psicomotora, harmonizando o comportamento motor numa melodia quinética e numa aquisição de disponibilidade, melhorando por outro lado, as estruturas de integração e elaboração. No fundo, pretende-se uma reorganização funcional encarada de modo diferente, numa primeira fase, um descondicionamento, colocando em funcionamento um potencial inativo, e, numa fase posterior, a aplicação de meios de ação que conduzam a uma progressiva reestruturação dos sistemas psicomotores, melhorando o desenvolvimento de atitudes e aumentando a plasticidade e adaptabilidade (Fonseca, 2006).

Na reeducação psicomotora equaciona-se: agir sobre os gestos, melhorando os fatores de execução, ou, agir sobre o suporte psicomotor, isto é, na função tónica da qual parte o movimento (Fonseca, 2006).

É ao nível da função tónica que se corrige o corpo e o sistema de orientação e de relação. É necessário eliminar os movimentos parasitas, a impulsividade, a instabilidade, garantindo assim o acesso a um autocontrolo corporal, à orientação espaço-temporal, à integração da imagem do corpo e à mais vasta identificação da criança conjuntamente com a apreensão, cada vez mais clara, do seu real vivido (Fonseca, 2006).

“O fundamento psicopedagógico da Psicomotricidade está em provocar uma comunicação corporal e uma interação verbal permanente (Fonseca, 2006, p.92).”

Através de adaptações progressivas, a reeducação psicomotora direciona-se a descondicionar a criança de certas formas de reação e compensar problemas motores nela existentes. Para que isto aconteça é necessário a criação da relação terapeuta-criança. Através de uma atmosfera permissiva e segura que garanta a aquisição de novas possibilidades motoras (situações lúdicas), em que a experiência da criança é que conta, o terapeuta é um facilitador da atividade motora (Fonseca, 2006).

“O objetivo da relação terapêutica não é aumentar a eficiência, mas permitir à criança o romper da sua “ilha” e estabelecer “pontes” de relação consigo própria, com os outros e com os objetos (Fonseca, 2006, p.98).”

4. Psicomotricidade na Europa

A Psicomotricidade existe como conceito específico desde os finais da década de 30 e início da década de 40, altura em que teve início a sua formação de base (Frimodt, 2004).

Cada país ostenta a sua própria história da Psicomotricidade, o seu próprio nível de formação e de reconhecimento da profissão. Cada país tem as suas próprias metodologias e técnicas específicas para alcançar os seus fins. Apesar desta diversidade, todos manifestam a mesma compreensão pelo corpo humano como unidade. Assim, cada país tem assumido uma contribuição para o desenvolvimento da Psicomotricidade (Frimodt, 2004).

A definição comum de Psicomotricidade sobre a qual os quinze países membros estão de acordo é:

“A Psicomotricidade, baseada na noção de unidade entre corpo e mente, está dirigida para a integração dos aspetos cognitivos, emocionais, simbólicos e corporais do indivíduo e com a sua capacidade na interação no contexto psicossocial. (Frimodt, 2004, p.14)”

O Fórum Europeu de Psicomotricidade (FEP) atua para o desenvolvimento da Psicomotricidade em todos os países europeus, pretendendo a cooperação entre os Psicomotricistas dos diferentes países e a diferentes níveis, e prestando apoio aos países onde a Psicomotricidade ainda não está totalmente desenvolvida (Frimodt, 2004).

4.1. França

A noção de Psicomotricidade surgiu a partir da constatação de que os problemas psicomotores podem não corresponder a lesões neurológicas. Foi no final do século XIX que sucederam as primeiras “expressões psicomotoras”, na Alemanha e França, sendo que os Alemães começaram a usar o termo “Psicomotricidade” antes dos Franceses (Hermant, 2003).

No final de 2001, os Psicomotricistas adquiriram o direito de se tornarem chefes no campo da reabilitação. Isto foi possível graças à criação do campo da reabilitação nos hospitais e graças à incorporação dos Psicomotricistas neste campo (FEP, 2013).

Os Psicomotricistas atuam em diferentes campos: educação, prevenção da saúde, educação para a saúde, reabilitação, terapia e tratamento terminal, e fazem um trabalho paramédico (FEP, 2013).

4.2. Áustria

A psicomotricidade, na Áustria, teve a sua origem na Alemanha. Após a fundação do Fórum Europeu de Psicomotricidade, em 1996, o termo “Psicomotricidade” passou a ser o mais utilizado (Pinter-Theiss, 2005).

A Psicomotricidade caracteriza um campo de referência que enfatiza a importância que o movimento desempenha no processo de desenvolvimento humano, que na Alemanha é denominado de “Motologia” (ciência do movimento) (Pinter-Theiss, 2005).

A Pedagogia Psicomotora é uma intervenção prática que atua ao nível da prevenção, enfatizando a utilização do movimento. A Promoção Psicomotora é usada em intervenção com casos de perturbações de desenvolvimento. A Terapia Psicomotora é considerada no âmbito médico-psicológico, para indicações de significação terapêutica e motora (Pinter-Theiss, 2005).

A Psicomotricidade na Áustria, como profissão, ainda não é reconhecida e até hoje ainda não existe uma educação básica na área da Psicomotricidade. No entanto, mais de 2000 pessoas, principalmente mulheres, estão qualificadas em instituições educacionais.

Usam o seu conhecimento e experiência para trabalhar com pessoas de todas as idades, contribuindo assim para o desenvolvimento da Psicomotricidade na Áustria (FEP, 2013).

4.3. República Checa

O nascimento da Psicomotricidade na República Checa ocorreu através da realização do primeiro Congresso Europeu de Atividade Psicomotora, realizado em Marburg, Alemanha, em 1996 (Dvoráková et al., 2004).

O interesse Checo sobre a Psicomotricidade surgiu como consequência da área tradicional da Educação Física e das suas características típicas: abordagem lúdica de J.A. Comenius, conceção da interação dos aspetos físicos e espirituais de M. Tyrs (fundador da Organização Checa de Educação Física), e, abordagem centrada nos aspetos humanistas por T.G. Masaryl (o primeiro Presidente Checo) (Dvoráková et al., 2004).

O principal enfoque situa-se ao nível da aplicação prática nas escolas, nomeadamente ao nível da Educação Física (Dvoráková et al., 2004).

Contudo, a Psicomotricidade na República Checa ainda não é reconhecida como profissão (FEP, 2013).

4.4. Dinamarca

“Com o corpo, nos conhecemos e experienciamos o mundo (Akasha et al., 2003, p. 41).”

O campo da Psicomotricidade engloba a integração do corpo, mente, consciência e ação. Os Psicometricistas atuam com a interação do funcionamento do corpo com as suas próprias experiências corporais, contextualizando-o ao nível das competências emocionais, cognitivas e sociais (Akasha et al., 2003).

Na Dinamarca, os Psicomotricistas desenvolvem a sua atividade profissional no âmbito da educação, reabilitação e terapia (Akasha et al., 2003).

As áreas de intervenção são: terapia do movimento e relaxação, treino, consciencialização corporal e experiência corporal, tratamento corporal, tratamento e reabilitação, promoção da saúde, prevenção, propagação e aconselhamento (FEP, 2013).

Atualmente, os Psicomotricistas exercem a sua prática a nível público e privado (FEP, 2013).

4.5. Portugal

De 2002 a 2004, a Comissão de Enquadramento Profissional da Associação Portuguesa de Psicomotricidade realizou um estudo acerca da situação profissional da Psicomotricidade em Portugal. Para tal, foram construídos dois inquéritos que foram distribuídos por 500 profissionais, desde a região Norte até à região Sul e ilhas, tendo-se obtido 134 respostas. Os resultados dos inquéritos foram analisados consoante cinco dimensões: 1. Natureza do Trabalho (funções e tarefas realizadas, tipo de procedimentos técnicos utilizados e colaboração com outros profissionais); 2. Emprego (tipo de entidades empregadoras, tipo de situação laboral mais comum, nível de procura no mercado de trabalho e variação geográfica da procura); 3. Formação e Evolução na Carreira (formação académica); 4. Condições de Trabalho (carga horária, tipo de meio físico onde trabalham); e, 5. Remunerações (remunerações que podem obter) (Morais et al., 2005).

Os resultados obtidos permitiram verificar que o Psicomotricista intervém, essencialmente, a nível reeducativo e terapêutico. A nível preventivo, fulcral no desenvolvimento da criança e na prevenção da perda de capacidades do idoso, encontra-se ainda pouco presente e explorado. Portanto, é importante a divulgação e desenvolvimento das áreas de intervenção precoce e gerontopsicomotricidade (Morais et al., 2005).

O Psicomotricista tem competências para elaborar o plano de intervenção, contudo é fundamental a discussão entre os diferentes profissionais constituintes da equipa, para

uma reflexão mais eficaz acerca da valorização da intervenção multidisciplinar na relação com o utente (Morais et al., 2005).

Verificou-se que em Portugal Continental subsistem obstáculos à integração do Psicomotricista nas instituições oficiais e nos quadros institucionais, devido, sobretudo, à ausência de legislação da profissão e ao fato de esta ser relativamente recente (Morais et al., 2005).

A profissão está regulamentada nas IPSS, no entanto ainda não está regulamentada pelos ministérios da educação e da saúde. Assim sendo, a APP desenvolve diferentes iniciativas para promover a regulamentação da profissão e para a divulgação da sua especificidade junto das entidades privadas empregadoras (APP, 2012).

- **Açores**

A Psicomotricidade no Arquipélago dos Açores teve início em 1998. Os primeiros contextos de intervenção surgiram em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), com crianças, jovens e adultos com deficiência. Em 2001, a Psicomotricidade foi introduzida em contexto escolar, através dos Técnicos Superiores de Educação Especial e Reabilitação (Barros et al., 2005).

Ao longo dos anos a Psicomotricidade tem sido cada vez mais solicitada, valorizando-se como uma intervenção essencial na população com Necessidades Especiais (Barros et al., 2005).

Atualmente tem-se verificado um interesse e necessidade crescentes desta área de intervenção como parte integrante no processo de reabilitação, contudo, denota-se a necessidade de divulgação e sensibilização para a sua importância (Barros et al., 2005).

- **Madeira**

Na Região Autónoma da Madeira a intervenção psicomotora alcançou gradualmente um estatuto próprio, associada a um conjunto de recursos humanos que durante a última década aumentou nesta Região, estando os procedimentos técnicos e científicos desta intervenção integrados em áreas como a educação especial e segurança social, e também em instituições privadas de solidariedade social e clubes desportivos (Andrade et al., 2005).

Em meados da década de 80, na Região Autónoma da Madeira, a Psicomotricidade afigurava-se através dos estudos no âmbito da Educação Especial do Professor Doutor Vítor da Fonseca. A intervenção psicomotora surgiu em 1991, enquadrada nos Serviços Técnicos de Educação de Pessoas com Deficiências Visuais, Mentais e Motoras (Andrade et al., 2005).

Atualmente, os desafios a ultrapassar são a integração nos quadros do centro regional de saúde e na área de saúde mental infantil e juvenil, assim como na prevenção e despiste de problemas de desenvolvimento; a integração das equipas de reinserção social e de prevenção de problemas de desenvolvimento e comportamento social nos bairros camarários (Andrade et al., 2005).

- ❖ **Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP)**

A APP foi fundada em 2001, sendo uma associação profissional que representa os Psicomotricistas, em Portugal. Tem como missão a promoção das práticas formativas e profissionais da Psicomotricidade das regiões Norte, Centro, Sul, Açores e Madeira (APP, 2012).

A intervenção psicomotora, com fins reeducativos e terapêuticos, pode ocorrer em escolas, domicílios, clínicas, hospitais e centros de apoio psicopedagógico (APP, 2012).

As dificuldades apresentadas pelas crianças e adolescentes com perturbações do desenvolvimento e aprendizagem podem resultar de: perturbação da coordenação

motora e outras limitações do movimento (resultantes de doença ou traumatismo), perturbações do espectro do autismo, défices na comunicação verbal e não-verbal, deficiência intelectual, dificuldades específicas de aprendizagem, perturbação específica da linguagem oral e/ ou escrita, mutismo seletivo, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, perturbação de oposição, perturbação da conduta e perturbações no controlo psicomotor (APP, 2012).

A intervenção psicomotora é de carácter reeducativo e terapêutico, uma vez que é dirigida a casos em que as dinâmicas do desenvolvimento e da aprendizagem estão comprometidas e, frequentemente, encontram-se associados a problemas psicoafectivos, de base relacional, que comprometem a adaptabilidade do indivíduo (APP, 2012).

O Psicomotricista atua em casos de: dificuldades na aprendizagem dos processos simbólicos (leitura, escrita e aritmética), dificuldades na gestão de processos de atenção (seleção, focalização e coordenação de estímulos), problemas de memória e percepção (identificação, discriminação e interpretação de estímulos visuais, auditivos ou tácteis), problemas emocionais (instabilidade emocional, baixa autoconfiança, baixa tolerância à frustração), problemas na autorregulação do comportamento (impulsividade, agitação, desinibição, agressividade, oposição) ou outras funções executivas (capacidade de planeamento, a monitorização da própria ação, a capacidade de síntese e análise) e problemas psicomotores propriamente ditos (dificuldades na regulação tónica, no equilíbrio, na estruturação espaço-temporal, na noção do corpo, na lateralidade, na motricidade global, na motricidade fina manual e na óculo-motricidade), agindo sobretudo a partir de propostas de carácter motor e com recurso às componentes verbal e não-verbal da comunicação (APP, 2012).

O principal objetivo da intervenção psicomotora consiste na vivência harmoniosa da criança no seu corpo, com os outros e com o meio envolvente, estimulando e facilitando o seu desenvolvimento global e os processos de aprendizagem (APP, 2012).

Os objetivos variam de acordo com a idade, tipo e gravidade do caso específico, tendo como intuito auxiliar a criança/ jovem a mobilizar os seus recursos individuais, fortalecer a sua identidade para conquista de autoconfiança, incrementar as suas respostas motoras e a sua interação pessoal e consolidar a aquisição de estratégias de resolução de problemas, de acordo com as suas capacidades e potencialidades (APP, 2012).

A reeducação psicomotora baseia-se num conhecimento da evolução do desenvolvimento sensório-motor e psicoafectivo ao longo do tempo, podendo transpor a distância entre o que é sentido e vivido pelo corpo e o que é percebido mentalmente. Assim, a Psicomotricidade auxilia a estimulação global dos canais sensoriais e perceptivos que estão na base das aprendizagens (APP, 2012).

No contexto da saúde infantil e adolescência, a terapia psicomotora é de carácter preventivo e terapêutico, e ambiciona compensar sintomas associados às problemáticas em questão, na ordem: desenvolvimento psicomotor, regulação tónica (hipotonicidade, hipertonicidade, gaguez, tiques), esquema e imagem corporal, autorregulação comportamental (inibição, desinibição ou instabilidade), gestão dos processos de atenção, equilíbrio na autoimagem e autoestima, gestão das emoções, e, comunicação verbal e não-verbal (APP, 2012).

O psicomotricista pretende compensar uma problemática situada na convergência do psiquismo e do somático, intervindo sobre as expressões do corpo, analisando o significado simbólico da ação (APP, 2012).

Capítulo II – Estudo Empírico

1. Objetivos e Questões de Investigação

O fato de a Psicomotricidade ser uma área relativamente recente, faz com que persistam obstáculos à sua implementação e, mais concretamente, à integração do Psicomotricista nas instituições oficiais e nos quadros institucionais.

Assim sendo, foram definidos como objetivos deste estudo:

1. Analisar como é que o conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista está difundido na Região do Alto Minho de Portugal Continental;
2. Compreender qual a importância que é dada à Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista;
3. Verificar a receptividade por parte dos indivíduos dos centros médicos/ clínicas inquiridos, para a implementação da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista no seu centro médico/ clínica.

Tendo em conta estes objetivos e as variáveis do estudo, foram delineadas as seguintes questões de investigação:

Questão 1 – Os indivíduos mais velhos apresentam um maior nível de Conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, atribuem mais Importância e estão mais receptivos à sua Implementação?

Questão 2 – Os indivíduos com mais anos de trabalho evidenciam um maior nível de Conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, atribuem mais Importância e estão mais receptivos à sua Implementação?

Questão 3 – Consoante a profissão, é maior o nível de Conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, a Importância atribuída e a receptividade para a Implementação?

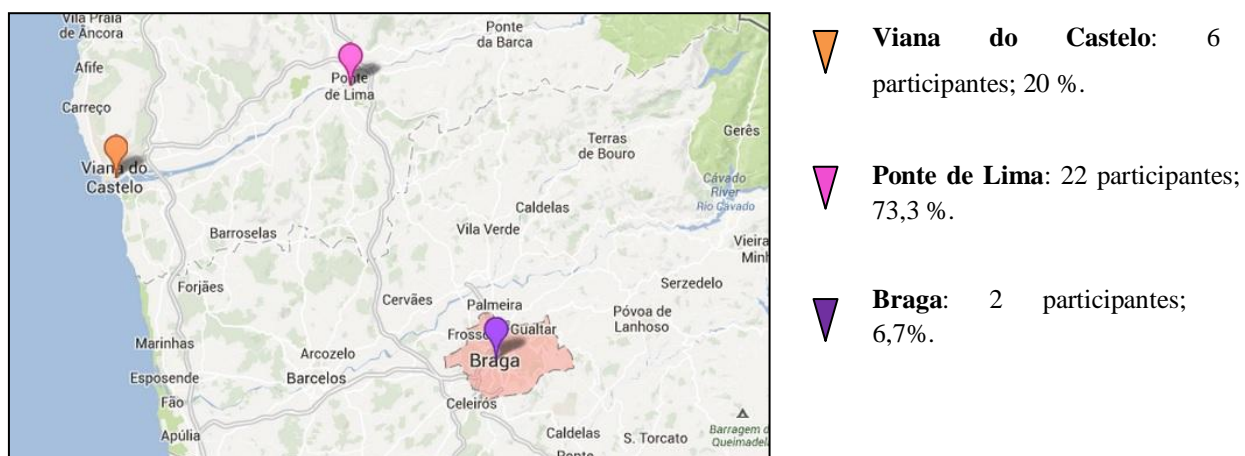
2. Metodologia

2.1. Caracterização da Amostra

Recorreu-se a um processo de amostragem intencional, tratando-se, por isso, de uma amostra não probabilística. A amostra é composta por 24 profissionais de saúde (80%) e 6 indivíduos ligados à gestão do centro médico/clínica inquirido (20%), resultando um total de 30 sujeitos.

A recolha dos dados realizou-se através de um questionário construído com base na revisão da literatura, que foi distribuído por 21 centros médicos/clínicas da Região do Alto Minho (Ponte de Lima, Viana do Castelo e Braga).

A distribuição dos participantes pode ser observada no seguinte mapa, sendo possível constatar que a maior incidência de participantes no estudo está situada na zona de Ponte de Lima (73,3%).



Mapa 1 - Distribuição dos Participantes

A leitura do gráfico seguinte permite constatar que 53,3% dos inquiridos são do género Masculino, enquanto os restantes 46,7% dos inquiridos são do género Feminino.

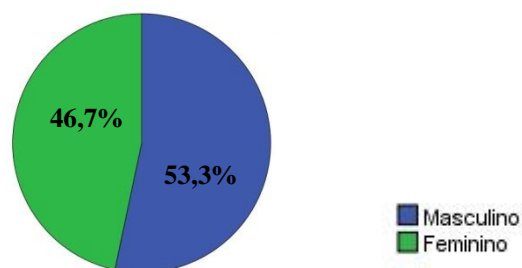


Gráfico 1 - Género

A partir da análise do gráfico que se segue, verifica-se que a maioria dos inquiridos tem como habilitação literária uma Licenciatura, o que corresponde a 76,7% da base total. Já 16,7% dos inquiridos possui Mestrado como habilitação literária, 3,3% Doutoramento e, os restantes 3,3%, Bacharelato.

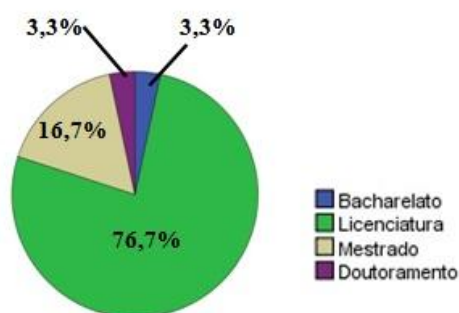


Gráfico 2 - Habilitações Literárias

Todos os inquiridos têm experiência profissional e o Tempo de Serviço na Saúde (TSS) está caracterizado no quadro abaixo.

Tabela 1 - Tempo de Serviço na Saúde

	Frequência	Percentagem
≤ 3 Anos	2	7%
4 a 8 Anos	13	43%
9 a 13 Anos	6	20%
14 a 17 Anos	4	13%
18 a 22 Anos	3	10%
≥ 23 Anos	2	7%
Total	30	100%

A maioria dos sujeitos possui entre 4 a 8 anos de trabalho (43%), seguindo-se os profissionais com 9 a 13 anos (20%). Os profissionais com 14 a 17 anos de trabalho representam 13% dos inquiridos, e, 10% representa os inquiridos com 18 a 22 anos de trabalho. Os profissionais com menos tempo de serviço representam 7% dos inquiridos, o que afigura também os profissionais com mais anos de trabalho. Os inquiridos têm em média 10,8 anos de serviço (mínimo = 3 anos, máximo = 27 anos, DP = 6,2).

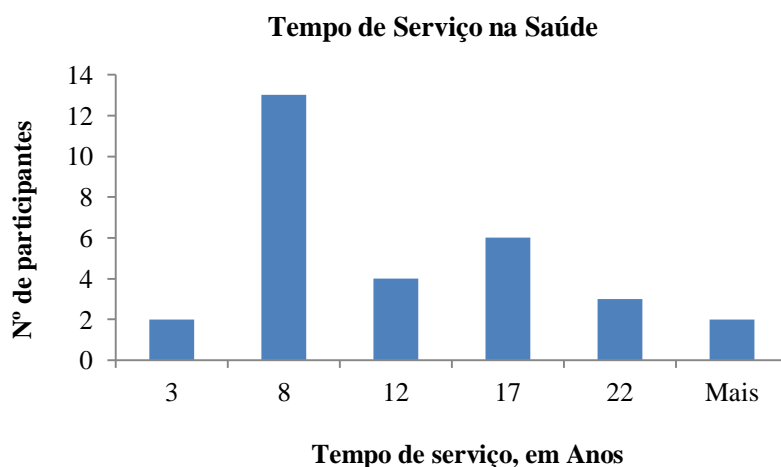


Gráfico 3 - Tempo de Serviço na Saúde

Relativamente à experiência profissional dentro da área da Psicometria, apenas um inquirido é um profissional da área (Psicometricista) e, com experiência passada com um Psicometricista, existe também outro inquirido.

Em relação à variável idade, os inquiridos têm uma idade média de 35,6 anos (mínimo = 23 anos, máximo = 56 anos, DP = 8,08).

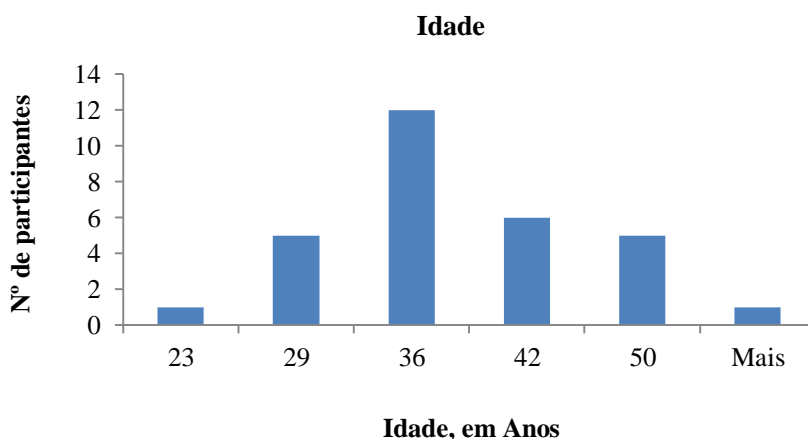


Gráfico 4 - Idade

2.2. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento utilizado na recolha de dados foi um questionário (ver anexo 1), que se encontra dividido em quatro partes, sendo que a primeira parte permite a caracterização sociodemográfica dos inquiridos, associada às variáveis:

- 1) Idade – variável apresentada em 3 grupos (até 29 anos, entre 30 a 41 anos, mais de 42 anos);
- 2) Habilitações Literárias – variável apresentada em graus (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado e Doutoramento);
- 3) Profissão – variável apresentada em 3 grupos (saúde não médico, não saúde, saúde médico);
- 4) Género – variável apresentada em duas categorias (Masculino e Feminino);
- 5) Experiência Profissional – variável apresentada em duas categorias (sim, não);

- 6) Tempo de Serviço na Saúde – variável apresentada em 2 grupos (até 10 anos, mais de 10 anos).

A segunda parte do questionário contém uma escala do tipo Likert, para medição do nível de conhecimento acerca da Psicometricidade e práticas do Psicometricista. Já a terceira parte, que contém também uma escala do tipo Likert, mede o nível de importância dado pelos inquiridos à Psicometricidade e práticas do Psicometricista, enquanto a quarta parte do questionário, escala do tipo Likert, mede o nível de receptividade para implementação da Psicometricidade no centro médico/clínica inquirido. O questionário foi construído com base na revisão da literatura.

3. Procedimentos

Numa primeira fase, foi elaborado um pré-projecto, onde foi descrita a metodologia a aplicar, as variáveis que se pretendia estudar, os objetivos da investigação, as questões de investigação, a caracterização dos participantes, e, o instrumento utilizado. Posteriormente, este pré-projecto foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, a qual não se opôs à concretização do mesmo.

O instrumento utilizado foi um questionário (ver anexo 1), construído pela investigadora com base na revisão da literatura. A formulação das perguntas do questionário foi feita a partir da seleção da informação bibliográfica considerada mais relevante, tendo em conta os conceitos abordados.

Após feitos os pedidos de autorização através de um consentimento livre e informado (ver anexo 2), o questionário foi distribuído por três zonas pertencentes à Região do Alto Minho: Ponte de Lima, Viana do Castelo e Braga. Na zona de Ponte de Lima, o questionário foi entregue pessoalmente pela investigadora junto dos participantes, e, em caso de disponibilidade imediata, preenchido no momento, caso contrário, foi feito o levantamento posteriormente. Para as zonas de Viana do Castelo e Braga, o questionário esteve alojado no sítio www.surveymonkey.com.

Quanto à análise estatística dos dados, foi criada uma base de dados no programa SPSS – Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics – versão 20 para Windows), onde, posteriormente, foi feito o tratamento dos dados.

A consistência interna da escala foi analisada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. O Alfa de Cronbach é uma estimativa da confiabilidade de um questionário. Dado que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente Alfa de Cronbach é calculado a partir da variância dos itens individuais e das covariâncias entre os itens (Hill, 2002).

Na análise quantitativa dos dados, foi utilizada estatística descritiva. Para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, utilizou-se como referência um nível de significância $p \leq 0,05$.

Por não se verificarem os pressupostos de inferência paramétrica, uma vez que as variáveis do estudo não seguem uma distribuição normal, foram utilizadas metodologias não paramétricas.

Na questão de investigação onde se comparou dois grupos, relativamente ao tempo de serviço na saúde, utilizou-se o teste Mann-Whitney. Nas questões em que foram comparados mais de dois grupos, em relação à idade e profissão dos inquiridos, recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis. Recorreu-se ainda ao coeficiente de correlação de Spearman para determinar a possível existência de relações entre as variáveis em estudo: Conhecimento, Importância e Implementação.

Capítulo III – Apresentação dos Resultados

A tabela seguinte resume as respostas dadas pelos 30 inquiridos aos 33 itens que compõem o questionário. São apresentados os valores mínimos, máximos, média, moda e desvio-padrão, para cada pergunta.

Tabela 2 - Análise Descritiva dos Itens

	Valor Mínimo	Valor máximo	Média	Moda	Desvio- padrão
Potencialidades motoras	4	5	4.57	5	.504
Para perceber	3	5	4.43	4	.568
A atividade humana é vista	3	5	4.43	4	.568
As modificações tónicas	4	5	4.57	5	.504
A explicação do movimento	2	5	4.10	5	.960
Encobre-se o problema	2	5	4.17	5	.950
Toda a ação humana envolve	1	5	3.93	4	.907
A organização motora	3	5	4.33	4	.661
O psíquico e o motor	3	5	4.20	4	.714
Considera que tem conhecimentos	2	5	3.30	3	.837
Privilegia a qualidade	4	5	4.43	4	.504
Ao contrário da educação física	3	5	4.20	4	.664
A Psicomotricidade interessa	4	5	4.57	5	.504
O fundamento psicopedagógico	4	5	4.43	4	.504
A Psicomotricidade baseada	4	5	4.53	5	.507
Reeducação ou terapia	4	5	4.73	5	.450
Incide sobre problemas	4	5	4.67	5	.479
A prática psicomotora	4	5	4.50	4a	.509
Mobilização da expressão	3	5	4.33	4	.547
Ao contrário das conceções	3	5	4.20	4	.610
Agindo através do movimento	3	5	4.23	4	.504
Foco na significação	3	5	4.23	4	.504
Conceção holística	3	5	4.23	4	.504
A Psicomotricidade considera	4	5	4.47	4	.507
Readaptar a criança	4	5	4.77	5	.430
Melhorar as estruturas	4	5	4.73	5	.450
Considera que os métodos	4	5	4.47	4	.507
Abordagem multidisciplinar	2	5	4.30	4	.702
O Psicomotricista	3	5	4.43	4	.568
Técnicas	2	5	4.50	5	.682
Indicações	2	5	4.50	5	.682
Competências	2	5	4.50	5	.682
Considera que a implementação	2	5	4.17	4a	.834

a. Existem múltiplas modas. É apresentado o valor mais baixo.

A análise da tabela, permite verificar que apenas os seguintes itens estão, em média, próximos ou acima de 3 (Não Concordo, Nem Discordo): **item 7** (Toda a ação humana envolve em primeiro lugar o seu corpo. O sentido de unidade corporal só pode surgir a

partir da capacidade de representar); **item 10** (Considera que tem conhecimentos suficientes sobre as práticas do Psicomotricista?).

Os restantes itens encontram-se, em média, próximos ou acima de 4 (Concordo; Importante; ou Provavelmente Sim).

Pode-se ainda constatar que, tendo em conta os valores mínimos obtidos (2 - Discordo), os inquiridos apresentam um baixo nível de concordância acerca do conhecimento da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista nos itens: **item 5** (A explicação do movimento não pode ser satisfeita por uma visão anatómica ou mecanicista); **item 6** (Encobre-se o problema quando se estudam os ossos, as articulações e os músculos e não se aborda o significado do movimento); **item 7** (Toda a ação humana envolve em primeiro lugar o seu corpo. O sentido de unidade corporal só pode surgir a partir da capacidade de representar); **item 10** (Considera que tem conhecimentos suficientes sobre as práticas do Psicomotricista?).

Também a nível da Implementação surgem valores mínimos (2 – Provavelmente Não) que evidenciam uma baixa receptividade por parte dos inquiridos para a implementação da Psicomotricidade no centro médico/ clínica, nomeadamente, nos itens: **item 1** (Abordagem multidisciplinar do corpo e da motricidade humana); **item 3** (Técnicas); **item 4** (Indicações); **item 5** (Competências); **item 6** (Considera que a implementação das práticas do Psicomotricista na sua clínica seria uma mais valia?).

1. Estatística Descritiva

Para fazer a análise descritiva, foram criadas três novas variáveis: Conhecimento, Importância e Implementação (ver tabela 3, tabela 4 e tabela 5). Estas variáveis foram subdivididas em duas ou três categorias (Conceito de Psicometria, Intervenção Psicomotora ou Competências do Psicometricista), com o intuito de possibilitar uma análise mais completa.

Foram excluídos os itens: **item 10** pertencente ao grupo do Conhecimento, **item 17** pertencente ao grupo da Importância e **item 6** pertencente ao grupo da Implementação, por se tratarem de itens correspondentes a uma autoavaliação do sujeito inquirido, logo, sem significado para a análise descritiva dos dados.

Tabela 3 - Variável Conhecimento

Conhecimento	Conceito de Psicometria	item 1 + item 2 + item 3 + item 4 + item 5 + item 6 + item 7
	Intervenção Psicomotora	item 8 + item 9

Tabela 4 - Variável Importância

Importância	Conceito de Psicometria	item 1 + item 2 + item 3 + item 4 + item 5 + item 6 + item 7
	Intervenção Psicomotora	item 8 + item 9 + item 10 + item 11 + item 12 + item 13 + item 14
	Competências do Psicometricista	item 15 + item 16

Tabela 5 - Variável Implementação

Implementação	Intervenção Psicomotora	item 1
	Competências do Psicometricista/ Áreas de Intervenção	item 2 + item 3 + item 4 + item 5

A tabela que se segue apresenta os valores médios, desvios-padrão, valores mínimos e valores máximos para cada variável (Conhecimento, Importância e Implementação).

Tabela 6 - Análise Descritiva das Variáveis

	Conhecimento	Importância	Implementação
Média	4.49	4.16	4.45
Desvio-padrão	.51	.34	.62
Valor mínimo	3.44	3.69	2.20
Valor máximo	5.00	4.69	5.00
Sig. (p)	.041	.009	.000
	4.49	4.16	4.45
Escala Likert	Concordo	Importante	Provavelmente Sim

A seguir são apresentados os valores de consistência interna Alfa de Cronbach para cada uma das variáveis. Segundo Hill e Hill (2002), o valor encontrado ($\alpha = .874$) pode ser considerado bom (entre 0.8 e 0.9), e os valores $\alpha = .931$ e $\alpha = .959$ podem ser considerados excelentes (maior que 0.9).

Tabela 7 - Consistência Interna das Variáveis

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Conhecimento	.874	9
Importância	.931	16
Implementação	.959	5

A tabela seguinte refere-se à consistência interna da escala utilizada neste estudo, constituída por 33 perguntas, que foi analisada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. O valor encontrado ($\alpha = .941$) pode ser considerado excelente (maior que 0.9), de acordo com Hill e Hill (2002).

Tabela 8 - Consistência Interna da Escala

Alfa de Cronbach	Nº de itens
.941	33

Recorrendo ao coeficiente de correlação de Spearman, foram determinadas possíveis relações entre as variáveis Conhecimento, Importância e Implementação.

A tabela resume as correlações obtidas.

Tabela 9 - Correlação de Spearman

	Conhecimento	Importância	Implementação
Conhecimento	-----	.70**	.27
Importância	.70**	-----	.58**
Implementação	.27	.58**	-----

** Correlação significativa ($p < .01$)

A partir da análise da tabela, é possível constatar que as variáveis Conhecimento e Importância se encontram associadas positivamente ($r_s = .70$, $p < .00$), isto é, os inquiridos com nível mais elevado de perceção do conhecimento acerca Psicometricidade e práticas do Psicometricista tendem a ter um nível elevado de perceção da importância que atribuem à Psicometricidade e práticas do Psicometricista. Pode-se ainda concluir que também as variáveis Importância e Implementação se encontram associadas positivamente ($r_s = .58$, $p = .001$), ou seja, os inquiridos com um nível elevado de perceção da importância que atribuem à Psicometricidade e práticas do Psicometricista, propendem a ter um nível elevado de perceção de recetividade para

implementação da Psicomotricidade e práticas do Psicometricista no seu centro médico/clínica.

2. Inferência Estatística

É utilizado como referência, para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância $p < 0.05$. As tabelas que serão apresentadas foram elaboradas a partir dos dados obtidos e, posteriormente, tratados em SPSS.

Os dados que se seguem permitem ir ao encontro das questões de investigação estipuladas, que consistem em determinar:

- a) Se os inquiridos mais velhos possuem mais conhecimentos acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicometricista, atribuem mais importância e estão mais recetivos à sua implementação;
- b) Se os inquiridos com mais anos de trabalho possuem mais conhecimentos acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicometricista, atribuem mais importância e estão mais recetivos à sua implementação;
- c) Consoante a profissão, se o nível de conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicometricista, nível de importância atribuído e recetividade para implementação são maiores.

Como as variáveis em estudo não têm uma distribuição normal, foram aplicados testes não paramétricos, nomeadamente, o teste Kruskal Wallis, para verificar se as medianas populacionais são iguais, ou seja, se há diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Conhecimento, Importância e Implementação, relativamente à idade e à profissão; e o teste Mann-Whitney, com o intuito de verificar se há diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Conhecimento, Importância e Implementação, relativamente aos dois grupos definidos para o Tempo de Serviço na Saúde (TSS).

Relativamente à **questão a)** (Se os inquiridos mais velhos possuem mais conhecimentos acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, atribuem mais importância e estão mais recetivos à sua implementação), as idades dos sujeitos inquiridos foram agrupadas em 3 grupos: até 29 anos, entre 30 a 40 anos e mais de 42 anos, através da análise do gráfico de barras obtido anteriormente (ver gráfico 4).

Tabela 10 - Teste Kruskal-Wallis: Idade

	Idade	N	Média (Mean Rank)
Conhecimento	Até 29 Anos	6	16.08
	30 a 40 Anos	17	12.29
	Mais de 42 Anos	7	22.79
	Total	30	
Importância	Até 29 Anos	6	12.08
	30 a 40 Anos	17	13.21
	Mais de 42 Anos	7	24.00
	Total	30	
Implementação	Até 29 Anos	6	8.83
	30 a 40 Anos	17	16.15
	Mais de 42 Anos	7	19.64
	Total	30	
	Conhecimento	Importância	Implementação
Chi-quadrado	7.18	8.74	5.59
Sig. (p)	.028	.013	.061

A partir dos dados obtidos, é possível constatar que existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Conhecimento ($p = .028$) e Importância ($p = .013$). No que concerne às diferenças entre grupos etários, os indivíduos com mais de 42 anos de idade apresentam maior nível de Conhecimento ($K-W = 7.18$; $p = .028$) acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, atribuem maior Importância ($K-W = 8.74$; $p = .013$) e estão mais recetivos à Implementação ($K-W = 5.59$; $p = .061$), seguindo-se os indivíduos situados no grupo etário dos 30 a 40 anos de idade. Apenas na variável Conhecimento os indivíduos situados no grupo etário dos 30 a 40 anos

apresentam um menor nível de conhecimento relativamente aos indivíduos situados no grupo dos indivíduos situados no grupo até 29 anos.

Comparando os resultados obtidos pelos indivíduos mais jovens, isto é, situados no grupo etário até 29 anos, aos resultados obtidos pelos indivíduos mais velhos, situados no grupo etário mais de 42 anos, verificam-se diferenças entre estes, sobretudo a nível da Implementação, sendo que os indivíduos mais jovens tendem a estar menos recetivos à Implementação da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, apresentando portanto um menor nível de Conhecimento e atribuindo uma menor Importância.

No que diz respeito à **questão b** (Se os inquiridos com mais anos de trabalho possuem mais conhecimentos acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, atribuem mais importância e estão mais recetivos à sua implementação), o Tempo de Serviço na Saúde dos inquiridos foi agrupado em: até 10 anos e mais de 10 anos.

Tabela 11 - Teste Mann-Whitney: Tempo de Serviço na Saúde

	Tempo de Serviço na Saúde	N	Média (Mean Rank)
Conhecimento	Até 10 Anos	17	13.82
	Mais de 10 Anos	13	17.69
	Total	30	
Importância	Até 10 Anos	17	12.65
	Mais de 10 Anos	13	19.23
	Total	30	
Implementação	Até 10 Anos	17	12.88
	Mais de 10 Anos	13	18.92
	Total	30	
	Conhecimento	Importância	Implementação
Mann-Whitney (U)	82.000	62.000	66.000
Sig. (p)	.041	.230	.051

Analisando os dados obtidos, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas na variável Conhecimento ($p = .041$). Os inquiridos com mais tempo de serviço (mais de 10 anos), apresentam maior nível de Conhecimento ($U = 82.000$; $p = .041$) acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, atribuem mais

Importância ($U = 62.000$; $p = .230$) e estão mais recetivos à Implementação ($U = 66.000$; $p = .051$), comparativamente aos indivíduos com um tempo de serviço de até 10 anos.

No que concerne à **questão c)** (Consoante a profissão, se o nível de conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, nível de importância atribuído e recetividade para implementação são maiores), as profissões dos inquiridos foram agrupadas em: Saúde não médico (terapeutas), Não saúde (gestores/ administrativos) ou Saúde médico (médicos).

Tabela 12 - Teste Kruskal-Wallis: Profissão

	Profissão	N	Média
Conhecimento	Saúde não médico	19	15.32
	Não saúde	6	15.17
	Saúde médico	5	16.60
	Total	30	
Importância	Saúde não médico	19	14.68
	Não saúde	6	15.50
	Saúde médico	5	18.60
	Total	30	
Implementação	Saúde não médico	19	15.37
	Não saúde	6	18.08
	Saúde médico	5	12.90
	Total	30	
	Conhecimento	Importância	Implementação
Chi-quadrado	.096	.798	1.052
Sig. (p)	.953	.671	.591

A partir da análise dos dados obtidos, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis Conhecimento ($K-W = .096$; $p = .953$), Importância ($K-W = .798$; $p = .671$) e Implementação ($K-W = 1.052$; $p = .591$), relativamente à profissão dos indivíduos inquiridos, isto é, o fato de existirem diferentes categorias de profissão, que vão desde profissionais da saúde a gestores, não influencia o Conhecimento, Importância e Implementação acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista.

Capítulo IV – Discussão dos Resultados

Com este estudo pretende-se contribuir para a divulgação da Psicomotricidade e práticas do Psicometricista, assim como firmar e sensibilizar para a sua importância, através da análise do conhecimento, compreensão da importância atribuída e verificação da receptividade para a sua implementação.

O estudo incidiu sobre uma amostra de 30 sujeitos, dos quais 24 são profissionais de saúde (80%) e 6 estão ligados à gestão do centro médico/ clínica inquirido. A sua maioria pertence ao género Masculino (53,3%), enquanto o género Feminino corresponde a 46,7% da amostra. Os inquiridos da região de Ponte de Lima são os mais representativos (73,3%).

A análise da distribuição das idades evidencia que os inquiridos apresentam uma idade média de 35,6 anos. No que se refere ao tempo de serviço, a maioria dos sujeitos possui 4 a 8 anos de trabalho (43%), seguindo-se os profissionais com 9 a 13 anos (20%). Os profissionais com menos tempo de serviço representam 7% dos inquiridos, o que afigura também os profissionais com mais anos de trabalho. A maioria dos inquiridos tem como habilitação literária uma Licenciatura (76,7%).

Relativamente à primeira questão de investigação, **“Os indivíduos mais velhos apresentam um maior nível de Conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicometricista, atribuem mais Importância e estão mais receptivos à sua Implementação?”**, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa nas variáveis Conhecimento e Importância. São os indivíduos mais velhos que representam o grupo etário (mais de 42 anos) que apresenta o maior nível de Conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicometricista, assim como é o grupo que atribui mais Importância e está mais receptivo à Implementação. Destaca-se a diferença estatística apresentada entre o grupo etário mais jovem e o grupo etário mais velho, sendo que os indivíduos mais jovens tendem a estar menos receptivos à Implementação da Psicomotricidade e práticas do Psicometricista, apresentando portanto um menor nível de Conhecimento e atribuindo uma menor Importância.

No que concerne à segunda questão de investigação, **“Os indivíduos com mais anos de trabalho evidenciam um maior nível de Conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicometricista, atribuem mais Importância e estão mais receptivos à sua Implementação?”**, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa na variável Conhecimento. Os indivíduos com mais tempo de serviço (mais de 10 anos)

correspondem ao grupo que apresenta um maior nível de conhecimento acerca da Psicometria e práticas do Psicometricista, atribuí mais importância e está mais receptivo à implementação.

Finalmente, no que diz respeito à terceira questão de investigação, **“Consoante a profissão, é maior o nível de Conhecimento acerca da Psicometria e práticas do Psicometricista, a Importância atribuída e a receptividade para a Implementação?”**, a hipótese é rejeitada, uma vez que não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo (conhecimento, importância e implementação). Isto é, a profissão dos inquiridos não influencia o nível de conhecimento acerca da Psicometria e práticas da Psicometria, a importância atribuída e a receptividade para a sua implementação.

Capítulo V – Conclusões

1. Conclusões da Investigação

Atualmente subsistem ainda obstáculos à integração do Psicomotricista nas instituições oficiais e nos quadros institucionais, devido, sobretudo, à ausência de legislação da profissão e ao fato de esta ser relativamente recente. A sua formação académica é cada vez mais específica, o que possibilitará a consolidação e afirmação da profissão.

Neste sentido, pretendeu-se verificar o efeito de um conjunto de variáveis sociodemográficas (idade, tempo de serviço e profissão) sobre as variáveis em estudo (conhecimento, importância e implementação). Ou seja, pretendeu-se verificar até que ponto aspetos como a idade, o tempo de serviço na saúde e a profissão influenciam o nível de conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, assim como o nível de importância atribuído, e, conseqüentemente, a receptividade para a sua implementação.

É possível concluir que as variáveis idade e tempo de serviço influenciam significativamente o conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, assim como a importância que lhes é atribuída e, a receptividade para a sua implementação.

Quanto à variável profissão, esta não tem influência sobre o nível de conhecimento acerca da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, importância atribuída e receptividade para implementação.

Para que as pessoas estejam receptivas à implementação da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, é necessário a sua contínua divulgação e, sobretudo, sensibilização para a sua importância. Este estudo contribuiu para perceber que apesar do nível de conhecimento existente e importância atribuídos, estes não são ainda suficientes para a implementação da Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista, na região do Alto Minho, Portugal.

Tal como afirma Morais et al. (2005), é particularmente importante que os Psicomotricistas se reúnam em torno das questões relacionadas com a formação, intervenção e investigação, permitindo assim o surgimento de meios para o desenvolvimento de ações coerentes, direcionadas à implementação da profissão.

2. Limitações

Entende-se como limitações deste estudo o reduzido tamanho amostral e o fato de a região de incidência estar concentrada na zona de Ponte de Lima, não generalizando assim a região do Alto Minho. Outra limitação é o fato de não existirem estudos do género do presente estudo que permitam comparar os resultados obtidos.

Referências Bibliográficas

- Akasha, S.; Frimodt, L. (2003). A Psicomotricidade na Dinamarca, *A Psicomotricidade*, volume 1 (2), pp. 41-48.
- Andrade, C.; Fernandes, C.; Andrade, C.; Nunes, E.; Rocha, E.; Faria, G.; Gomes, R.; Grilo, S. (2005). Psicomotricidade na Região Autónoma da Madeira, *A Psicomotricidade*, nº5, pp. 55-62.
- APP (2012). Psicomotricidade: Práticas Profissionais. [Em linha]. Disponível em <www.appsicomotricidade.com> [Consultado em 6/04/2013].
- Barros, A.; Machado, C.; Rodrigues, F.; Melo, P. (2005). Psicomotricidade nos Açores, *A Psicomotricidade*, nº5, pp. 50-54.
- Dvoráková, H.; Adamírová, J. (2004). A Psicomotricidade Checa Nasceu, *A Psicomotricidade*, nº4, pp. 57-58.
- FEP (2013). Países Membros. [Em linha]. Disponível em <www.psychomot.org>. [Consultado em 28/06/2013].
- Fonseca, V. (2006). *Terapia Psicomotora: Estudo de Casos*. Lisboa, Âncora editora, 5ª edição, pp. 15-22; 81-103.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos seus Fatores*. Lisboa, Âncora editora, 3ª edição, pp. 15-18.
- Frimodt, L. (2004). Psicomotricidade na Europa, *A Psicomotricidade*, nº3, pp. 13-17.
- Hermant, G. (2003). História, Realidade e Futuro da Profissão Específica de Psicomotricidade, Abordagem da Escola Francesa, *A Psicomotricidade*, volume 1 (1), pp. 47-55.
- Hill, M.; Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Edições Sílabo, 2ª edição, pp. 107-108; 149; 205; 340-344.
- Matias, A. (2010). *Psicomotricidade no Meio Aquático na Primeira Infância*. Lisboa, Tuttirév editorial, 1ª edição, pp. 5-6.
- Morais, A.; Novais, R.; Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal, *A Psicomotricidade*, nº5, pp. 41-49.

Pinter-Theiss, V. (2005). Psicometricidade na Áustria, *A Psicometricidade*, nº6, pp. 41-45.

Anexos

Anexo 1 – Questionário.

Anexo 2 – Consentimento Informado.

Anexo 3 – Dados SPSS.

Anexo 1 – Questionário

Questionário - Implementação da Prática dos Psicomotricistas na Região do Alto Minho: Um Estudo Exploratório

Este questionário enquadra-se no Projeto de Graduação da Licenciatura de Reabilitação Psicomotora da aluna Regina Cerqueira (Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima).

Trata-se de um estudo exploratório descritivo que pretende analisar até que ponto o mercado de trabalho na região do Alto Minho tem consolidado o conhecimento acerca das práticas do Psicomotricista, reconhece a sua importância e está receptivo à sua implementação.

É garantido o anonimato e confidencialidade. Por favor, responda às questões de forma precisa e sincera.

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

1.1 Idade: _____

1.2. Sexo: F M

1.3. Habilitações Literárias:

Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>
Curso Técnico-Profissional	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>

1.4. Profissão: _____

1.5. Experiência Profissional: (S – Sim; N - Não)

1.5.1. Há quantos anos trabalha na área da Saúde? _____

1.5.2. Trabalha com Psicomotricista? S N

Já trabalhou com Psicomotricista? S

Parte II – Conhecimento

Indique qual o nível de conhecimento das questões abaixo, acerca Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista. Considere que 1 é Discordo Totalmente e 5 é Concordo Totalmente.

	1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Não Concordo, Nem Discordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
Conceito de Psicomotricidade					
1. As potencialidades motoras, mentais e emocionais de um indivíduo estão em constante interação.					
2. Para perceber o que exprime o corpo, é necessário situá-lo no seu envolvimento com o qual está em interação permanente.					
3. A atividade humana é vista como um investimento global da personalidade da pessoa em ação.					
4. As modificações tónicas, as posturas e os movimentos são significantes de toda a história pessoal do sujeito (representações, vivências tónico-emocionais e imaginário).					
5. A explicação do movimento não pode ser satisfeita por uma visão anatómica ou mecanicista.					
6. Encobre-se o problema quando se estudam os ossos, as articulações e os músculos e não se aborda o significado do movimento.					
7. Toda a ação humana envolve em primeiro lugar o seu corpo. O sentido de unidade					

corporal só pode surgir a partir da capacidade de representar.					
Intervenção Psicomotora					
8. A organização motora não pode ser separada da organização psíquica.					
9. O psíquico e o motor são componentes complementares, encarando o corpo e a motricidade como essenciais na estrutura psicológica do Eu.					
10. Considera que tem conhecimentos suficientes sobre as práticas do Psicomotricista?					

Parte III – Importância

Indique qual o nível de importância das questões abaixo, acerca Psicomotricidade e práticas do Psicomotricista. Considere que 1 é Nada Importante e 5 é Muito Importante.

	1. Nada Importante	2. Pouco Importante	3. Indiferente	4. Importante	5. Muito Importante
Conceito de Psicomotricidade					
1. Privilegia a qualidade da relação afetivo-emocional, a disponibilidade tónica, a segurança gravitacional, o controlo postural e a noção do corpo.					
2. Ao contrário da educação física, encerra uma conceção global e unitária, única e evolutiva do ser humano.					
3. A Psicomotricidade interessa aos estudos da					

debilidade mental e motora, delinquência, turbulência, instabilidade, emocionalidade e agressividade, entre outras perturbações das funções cognitivas e executivas.					
4. O fundamento psicopedagógico da Psicomotricidade está em provocar uma comunicação corporal e uma interação verbal permanente.					
5. A Psicomotricidade, baseada na noção de unidade entre corpo e mente, está dirigida para a integração dos aspetos cognitivos, emocionais, simbólicos e corporais do indivíduo.					
6. Reeducação ou terapia de mediação corporal e expressiva, na qual o Psicomotricista estuda e compensa as condutas motoras inadequadas ou inadaptadas.					
7. Incide sobre problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo.					
Intervenção Psicomotora					
8. A prática psicomotora liga a expressão corporal e a atividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, melhorando o potencial adaptativo do sujeito.					
9. Mobilização da expressão motora de um corpo em relação, permitindo uma securização progressiva.					
10. Ao contrário das conceções tradicionais de educação física, de educação corporal ou motora, o fim do movimento não está em si próprio mas naquilo que o origina (motivações, emoções, intenções).					
11. Agindo através do movimento, como meio					

terapêutico, procura melhorar os processos de integração, elaboração e realização.					
12. Foco na significação do corpo agido, vivido e criativo, integrado e orientado no espaço e no tempo, aberto e modificado para o diálogo com os objetos e com os outros.					
13. Conceção holística do seu humano, e da sua aprendizagem, que tem por finalidade associar o corpo, o cérebro e os ecossistemas envolventes.					
14. A Psicomotricidade considera as potencialidades motoras, mentais e emocionais de um indivíduo em constante interação.					
Competências do Psicomotricista					
15. Readaptar a criança à atividade mental que preside à elaboração do movimento.					
16. Melhorar as estruturas psíquicas responsáveis pela transmissão, execução e controlo do movimento (melhor reconhecimento espaço-temporal, maior disponibilidade corporal).					
17. Considera que os métodos utilizados pelo Psicomotricista são importantes e não devem ser menosprezados?					

Parte IV – Implementação

Tendo em conta os conhecimentos que tem acerca da Psicomotricidade e das práticas do Psicomotricista, assim como a importância que lhes atribui, selecione a opção que considera mais adequada relativamente à implementação da Psicomotricidade no seu Centro/ Clínica. Considere que 1 é Definitivamente Não e 5 é Definitivamente Sim.

	1. Definitivamente Não	2. Provavelmente Não	3. Indeciso	4. Provavelmente Sim	5. Definitivamente Sim
Intervenção Psicomotora					
1. Abordagem multidisciplinar do corpo e da motricidade humana.					
Competências do Psicomotricista/ Áreas de Intervenção					
2. O psicomotricista é especialista em: percepção, coordenação, praxias, lateralidade, estruturação espaço-temporal, esquema corporal, imagem corporal, emoções, comunicação não-verbal, comportamento do movimento (intenção, interação e expressão), comportamento no jogo, e, interação social e com os objetos.					
3. <i>Técnicas:</i> avaliação psicomotora, atividades individuais ou em grupo de atuação com movimento, atividades de expressão, atividades de consciencialização corporal, relaxação psicomotora, estimulação e integração da					

<p>perceção, atividades grafo motoras, e, atividades ao ar livre e de aventura.</p>				
<p>4. <i>Indicações:</i> prevenção – reforço do bem-estar; perturbações psicomotoras relacionadas com problemas de desenvolvimento neurológico; perturbações psicomotoras relacionadas com distúrbios de estruturação; desarmonias psicomotoras; distúrbios tónico-emocionais; perturbações ou problemas em experiências corporais, sentimentos e sensações a nível do corpo; problemas psicossomáticos; perturbações comportamentais e emocionais; problemas intelectuais, sensoriais, motores ou psicológicos; risco de deficiência (social); e, perturbações psiquiátricas.</p>				
<p>5. <i>Competências:</i> avaliação e diagnóstico do perfil e desenvolvimento psicomotor; domínio de modelos e técnicas de habilitação e reabilitação psicomotora em populações especiais ou de risco; prescrição, planeamento, avaliação, implementação e reavaliação de programas de psicomotricidade; formação, supervisão e orientação de outros técnicos; consultoria e organização de serviços vocacionados para a Psicomotricidade; e, proposta de adaptações envolvimentoais (familiares ou escolares) suscetíveis de maximizarem as respostas reeducativas ou terapêuticas decorrentes da intervenção direta.</p>				

6. Considera que a implementação das práticas do Psicomotricista no seu Centro/Clínica seria uma mais valia?					
--	--	--	--	--	--

FIM

Obrigada pela colaboração!

Regina Cerqueira

Anexo 2 – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo: Implementação da Prática dos Psicomotricistas na Região do Alto Minho: Um Estudo Exploratório

Eu, _____, **abaixo-assinado,** compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos, sendo garantido o anonimato e confidencialidade. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pelo investigador.

Data: ____/_____/2013

Assinatura do voluntário: _____

Data: ____/_____/20__

Assinatura do participante: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo 3 – Dados SPSS

Género

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Masculino	16	53.3	53.3	53.3
Valid Feminino	14	46.7	46.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Habilitações Literárias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Bacharelato	1	3.3	3.3	3.3
Licenciatura	23	76.7	76.7	80.0
Valid Mestrado	5	16.7	16.7	96.7
Doutoramento	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Profissão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Administ	1	3.3	3.3	3.3
Dentista	1	3.3	3.3	6.7
Fisiatra	1	3.3	3.3	10.0
Fisio	11	36.7	36.7	46.7
Gestor	5	16.7	16.7	63.3
Médico	1	3.3	3.3	66.7
Valid Nutricio	1	3.3	3.3	70.0
Osteopat	2	6.7	6.7	76.7
Pediatra	1	3.3	3.3	80.0
Psicólogo	1	3.3	3.3	83.3
PsicoMot	1	3.3	3.3	86.7
Psiquiat	1	3.3	3.3	90.0
TerFala	3	10.0	10.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Tempo de Serviço na Saúde

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	2	6.7	6.7	6.7
5	3	10.0	10.0	16.7
6	4	13.3	13.3	30.0
7	4	13.3	13.3	43.3
8	2	6.7	6.7	50.0
10	2	6.7	6.7	56.7
11	1	3.3	3.3	60.0
12	1	3.3	3.3	63.3
Valid 13	2	6.7	6.7	70.0
14	2	6.7	6.7	76.7
15	1	3.3	3.3	80.0
17	1	3.3	3.3	83.3
18	2	6.7	6.7	90.0
22	1	3.3	3.3	93.3
23	1	3.3	3.3	96.7
27	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Statistics

Idade

N	Valid	30
	Missing	0
Mean		35.67
Median		35.00
Mode		30
Std. Deviation		8.083
Minimum		23
Maximum		56

Ranks

	Idade calculada 3 grupos	N	Mean Rank
Importância	até 29	6	12,08
	30 a 41	17	13,21
	mais 42	7	24,00
	Total	30	
Conhecimento	até 29	6	16,08
	30 a 41	17	12,29
	mais 42	7	22,79
	Total	30	
Implementação	até 29	6	8,83
	30 a 41	17	16,15
	mais 42	7	19,64
	Total	30	

Test Statistics^{a,b}

	Importância	Conhecimento	Implementação
Chi-Square	8,744	7,181	5,586
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,013	,028	,061

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Idade calculada 3 grupos

Ranks

	grupoMéd_Nméd	N	Mean Rank
Importância	saúde não médico	19	14,68
	não saúde	6	15,50
	saúde médico	5	18,60
	Total	30	
Conhecimento	saúde não médico	19	15,32
	não saúde	6	15,17
	saúde médico	5	16,60
	Total	30	
Implementação	saúde não médico	19	15,37
	não saúde	6	18,08
	saúde médico	5	12,90
	Total	30	

Test Statistics^{a,b}

	Importância	Conhecimento	Implementação
Chi-Square	,798	,096	1,052
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,671	,953	,591

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: grupoMéd_Nméd

Ranks

	VAR00001	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Importância	1,00	17	12,65	215,00
	2,00	13	19,23	250,00
	Total	30		
Conhecimento	1,00	17	13,82	235,00
	2,00	13	17,69	230,00
	Total	30		
Implementação	1,00	17	12,88	219,00
	2,00	13	18,92	246,00
	Total	30		

Test Statistics^a

	Importância	Conhecimento	Implementação
Mann-Whitney U	62,000	82,000	66,000
Wilcoxon W	215,000	235,000	219,000
Z	-2,049	-1,202	-1,952
Asymp. Sig. (2-tailed)	,041	,230	,051
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,043 ^b	,245 ^b	,065 ^b

a. Grouping Variable: VAR00001

b. Not corrected for ties.

Correlations

			Importância	Conhecimento	Implementação
Spearman's rho	Importância	Correlation Coefficient	1,000	,699**	,583**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,001
		N	30	30	30
	Conhecimento	Correlation Coefficient	,699**	1,000	,269
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,150
		N	30	30	30
	Implementação	Correlation Coefficient	,583**	,269	1,000
		Sig. (2-tailed)	,001	,150	.
		N	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.941	.947	33

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Importância	30	4,1583	,34143	3,69	4,69
Conhecimento	30	4,3037	,51204	3,44	5,00
Implementação	30	4,4467	,61629	2,20	5,00
VAR00001	30	1,4333	,50401	1,00	2,00