EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO SÉCULO XXI

TEORIAS, MODELOS E PRÁTICAS

ISBN: 978-989-95539-3-4

Jorge Bonito (Coord.)

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

CIEP - Centro de Investigação em Educação e Psicologia

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

Reservados todos os direitos de acordo com a legislação em vigor

© 2008, Jorge Bonito e Universidade de Évora

Capa de: Jorge Rodrigues

1.ª edição: Dezembro de 2008

Fotocomposição gráfica: Jorge Rodrigues

ISBN: 978-989-95539-3-4

Com o apoio:

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

CIEP

Centro de Investigação em Educação e Psicologia

Universidade de Évora

Apartado 94

7004-516 Évora

As opiniões expressas nesta obra não traduzem, necessariamente, o pensamento do organizador, sendo da inteira responsabilidade dos seus autores. O organizador e o editor declinam toda e qualquer responsabilidade pela utilização não autorizada de conteúdos ou imagens, por parte dos autores dos trabalhos aqui incluídos, que violem e deixem de observar os direitos de autor.

AGRADECIMENTOS

Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas é uma obra que procura reunir o contributo de algumas dezenas de autores (investigadores, professores, técnicos de educação, profissionais da saúde) sobre a promoção e a educação para a saúde, em período escolar e ao longo da vida. Alguns destes trabalhos constituíram-se como conferências, outros como comunicações livres, e outros, ainda, como pósteres, oficinas ou intervenções em painéis temáticos, todos apresentados no II Congresso Nacional de Educação para a Saúde que decorreu entre 19 e 21 de Novembro de 2008 na Universidade de Évora. O conteúdo de todos os textos foi apreciado por um Comité Científico que o validou na versão que aqui se apresenta. O Organizador desta obra agradece, por isso, aos membros do Comité Científico que aceitaram constituir a arbitragem científica dos trabalhos:

Adelaide Claudino *(Departamento de Psicologia - Universidade de Évora)*, Carlos Albuquerque *(Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu)*, Clarinda Pomar *(Departamento de Pedagogia e Educação - Universidade de Évora)*, Daniel Sampaio *(Serviço de Psiquiatria - Hospital de Santa Maria)*, Elisardo Becoña *(Departamento de Psicoloxía e Psicobioloxía - Universidad de Santiago de Compostela)*, Felismina Parreira Mendes *(Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus - Universidade de Évora)*, Henedina Antunes *(Hospital de São Marcos e Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho)*, Henrique Barros *(Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA)*, Isabel do Carmo *(Serviço de Endocrinologia - Hospital de Santa Maria)*, Maria Isabel Loureiro *(Escola Nacional de Saúde Pública)*, João Goulão *(Instituto da Droga e da Toxicodependência)*, João Sebastião *(Escola Superior de Educação - Instituto Politécnico de Santarém)*, José Precioso *(Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho)*, Luís Rebelo *(Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa)*, Luís Sebastião *(Departamento de Pedagogia e Educação - Universidade de Évora)*, Manuel Lopes *(Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus - Universidade de Évora)*, Manuel Rodrigues *(Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)*, Margarida Matos *(Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa)*, Margarida Sim Sim *(Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus - Universidade de Évora)*, Maria do Céu Machado *(Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde)*, Mário Freitas *(Delegado de Saúde da Ilha de S. Miguel e do concelho de Lagoa - Região Autónoma dos Açores)* e Passão Lopes *(Rede "Médicos Sentinela" - Observatório Nacional de Saúde)*.

Jorge Bonito
Membro do Comité Científico

ÍNDICE

PREFÁCIO 12

ACTIVIDADE FÍSICA

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E ACTIVIDADE FÍSICA EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO 15
Maria Raquel Silva

"SE AS MINHAS COSTAS FALASSEM…" 21
Teresinha Noronha & Emanuel Vital

O EFEITO DO PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE *"SE AS MINHAS COSTAS FALASSEM…"* NA MODIFICAÇÃO DOS FACTORES DE RISCO DE DORES NAS COSTAS – UM ENSAIO CONTROLADO 34
Emanuel Vital & Teresinha Noronha

OS NÍVEIS DE ACTIVIDADE FÍSICA DAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO ENSINO SECUNDÁRIO 49
José Marmeleira, Nuno Aldeias & Pedro Graça

ALIMENTAÇÃO

A CRIANÇA DO SÉCULO XXI: HÁBITOS, COMPORTAMENTOS E PERCEPÇÕES EM AMBIENTE ESCOLAR 59
Andreia Carlos & Ana Rito

ALIMENTAÇÃO, ESTILOS DE VIDA E ACTIVIDADE FÍSICA EM IDADES PEDIÁTRICAS 64
Maria Raquel Silva

HÁBITOS ALIMENTARES E PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO DOS ADULTOS EM CONTEXTO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL 71
Cristina Baixinho

ANTROPOMETRIA E COMPOSIÇÃO CORPORAL DE ADOLESCENTES BRASILEIRAS COMO INDICADORES DA NECESSIDADE DE AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE 85
Silvia Priore, Roberta Nogueira, Daniela Silva, Eliane de Faria, Sylvia Franceschini, Maria do Carmo Pelúzio, Mauro Fisberg, Evelyn Eisenstein, Kênia Baiocchi de Carvalho, Joel Alves Lamounier, Maria Emília Von der Heyde & Raul Von der Heyde

AS ESCOLHAS ALIMENTARES NUMA ABORDAGEM INTEGRADA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E EDUCAÇÃO AMBIENTAL: UM CASO DE ESTUDO NO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO 95
Mafalda Nunes & Tânia Ferreira

AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR 103
Sara Lopes & Ana Rito

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS 108
Carina Rebelo & Manuel Teixeira Veríssimo

"BRINCAR COM A CIÊNCIA" NA SENSIBILIZAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL – UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA NO MUNICÍPIO DE ESPOSENDE 120
Catarina Afonso

CONTRIBUTO PARA A DEFINIÇÃO DE UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO CONTRA O EXCESSO DE PESO E A OBESIDADE INFANTIL NO EXTERNATO JOÃO ALBERTO FARIA 128
Filipa Cortez Faria & Jorge Bonito

EDUCAÇÃO NUTRICIONAL EM SAÚDE: "ADOLESCENTES, MANTENHAM A SUA CINTURA A MENOS DA METADE DA SUA ESTATURA" 143
Patrícia Feliciano Pereira, Sylvia Franceschini, Maria do Carmo Peluzio & Silvia Priore

ESCOLHAS ALIMENTARES 151
Inês Rosendo, Rita Lopes & Nádia Moreira

HÁBITOS ALIMENTARES E EXERCÍCIO FÍSICO NUMA POPULAÇÃO DE CRIANÇAS DE BRAGA EM IDADE ESCOLAR 156
Cristina Silva & Maria Raquel Silva

HÁBITOS ALIMENTARES E PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO DOS ADULTOS EM CONTEXTO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL 171
Cristina Baixinho

INFLUÊNCIA DA INGESTÃO ENERGÉTICA SOBRE O PERFIL LIPÍDICO E ADIPOSIDADE EM ADULTOS JOVENS EM VIÇOSA, ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL 184
Renata Oliveira, Otaviana Chaves, Sylvia Franceschini,
Gilberto Rosado & Silvia Priore

LITERACIA EM SAÚDE E ALIMENTAÇÃO 194
Luis Francisco Soares Luís & Isabel Loureiro

"O CALDO DE PEDRA" – INTERFACES ENTRE LITERATURA INFANTIL E CIÊNCIA 202
Ângela Balça & Marília Cid

O CONTEÚDO DE NUTRIÇÃO E AS IMAGENS: UMA ANÁLISE DE LIVROS DIDÁTICOS 215
Maria H. S. Carneiro & Ana Cavalcante de Paiva

O PROFESSOR DO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO COMO AGENTE FUNDAMENTAL NA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL - ANÁLISE DA SUA FORMAÇÃO INICIAL E DO CURRÍCULO FORMAL DO 1.º CICLO 224
Lisa Afonso & Susana Macedo

PROJECTO MERENDAS DO RECREIO. UMA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO NO CENTRO DE SAÚDE DE OLHÃO 239
Ana Candeias, Ana Lam & Ana Evaristo

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM MEIO ESCOLAR – UMA ESTRATÉGIA LOCAL DE SAÚDE 245
Francisco Mendonça & Laura Silvestre Martins

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS LÍCITAS E ILÍCITAS

CONCEPÇÕES DE PROFESSORES E ALUNOS DO ENSINO BÁSICO E SECUNDÁRIO SOBRE A ABORDAGEM AO ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS NOS PROGRAMAS ESCOLARES, NOS MANUAIS ESCOLARES E NAS PRÁTICAS DOCENTES - RISCOS E PREVENÇÃO 252
Artur Gonçalves, Graça S. Carvalho, Catarina Dantas & Vitor M. Rodrigues

CONSUMO DE DROGAS E OS LOCAIS DE OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES NA ADOLESCÊNCIA: ANÁLISE COMPLEMENTAR DO ESTUDO HBSC/OMS 266
Ana Naia, Celeste Simões & Margarida Gaspar de Matos

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS E SAÚDE MENTAL NOS JOVENS DO DISTRITO DE ÉVORA – UM CONTRIBUTO PARA A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE 275
Helder Marques & Maria de Fátima Marques

EXPRESSÃO FACIAL: O RECONHECIMENTO DAS EMOÇÕES BÁSICAS EM DEPENDENTES DE HEROÍNA. ESTUDO EMPÍRICO COM PORTUGUESES 286
Freitas-Magalhães & Erico Castro[1]

FACTORES DE RISCO E FACTORES PROTECTORES RELACIONADOS COM O CONSUMO DE TABACO POR SEXOS 291
José Precioso, Catarina Samorinha, Carlos Albuquerque, Henedina Antunes, Jorge Bonito, Luís Rebelo & Manuel Rosas

HÁBITOS TABÁGICOS EM ADOLESCENTES DO ENSINO BÁSICO 306
Leandra Fernandes Ferraz & João Quental

PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ESCOLA COM BASE NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA 313
José Precioso

RELAÇÕES INTERPESSOAIS E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS 326
Andreia Pacheco & Alda Martins

SUBSTÂNCIAS PSICO-ACTIVAS NOS MANUAIS ESCOLARES DE 16 PAÍSES: ANÁLISE COMPARATIVA DA EXPLICITAÇÃO DE EFEITOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS E SOCIAIS 332
Catarina Dantas, Graça S. Carvalho & Artur Gonçalves

UNIVERSIDADE DO MINHO LIVRE DE TABACO: UMA NOVA REALIDADE 345
Inês Marques, Isabel Silva, Marlene Abreu & Viviana Azevedo

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E PREVENÇÃO DE ACIDENTES

AUXILIARES DE ACÇÃO EDUCATIVA E SOCORRISMO: UMA COMBINAÇÃO FORMATIVA 361
Jorge Bonito

CRIANÇA SEGURA/OLHÃO SEGURO 376
Ana Lam & Ana Evaristo

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA RODOVIÁRIA PASSIVA INFANTIL 382
Catarina Sá Pinheiro & Jorge Elvas Pinheiro

SOCORRISMO EM ACÇÃO SOCIAL: DA REALIDADE À NECESSIDADE 386
Jorge Ferreira, Jorge Bonito & Ana Frias

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A VIDA, O AMOR E A AMIZADE COMO VALORES DO SER HUMANO: CONTRIBUTO DA EQUAÇÃO VITAL BIODINÂMICA 395
A. J. Passão Lopes

AS PERCEPÇÕES DOS EDUCADORES DE INFÂNCIA FACE ÀS SUAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO 399
Glicéria Gil & José Alves Diniz

***B-LEARNING* EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE** 408
Maria Lucinda Motta, Ilídio André Costa & Maria dos Anjos Viana

COM A SAÚDE TAMBÉM SE BRINCA 419
R. A. Dores, J. Barreto & P. Barros

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: O RASTREIO DO CANCRO DA MAMA 429
Alexandra Pereira, Anabela Pereira & Vítor Rodrigues

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM ADOLESCENTES DAS ESCOLAS DO 2.º E 3.º CICLOS DO CONCELHO DE SEIA 435
Ana Margarida Jerónimo & Maria Luísa Branco

CONSTRUÇÃO DO QEVES - QUESTIONÁRIO DE ESTILOS DE VIDA NO ENSINO SUPERIOR 442
Sónia F. Carvalho & José P. Cruz

CRIAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DE UM GABINETE DE SAÚDE NA ESCOLA 454
Alda Fidalgo

DIMENSÕES DO CONCEITO "EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE" DE ESTUDANTES DE SETE CURSOS DO ENSINO SUPERIOR: EFEITOS DA FORMAÇÃO 464
Amâncio Carvalho & Graça Simões de Carvalho

DRAMATERAPIA E SAÚDE PSICOLÓGICA: CONTRIBUTOS NUMA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE 473
Lucilia Valente

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO ENSINO SUPERIOR – UM EXEMPLO DE BOAS PRÁTICAS 480
Fátima Marques, Cristina Baixinho & Adélia Casaleiro Alves

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PELOS PARES. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO ACADÉMICO 485
Anabela Pereira, Elisa Decq Motta, Carolina Pinto, Olga Bernardino, Ana Carvalhal de Melo, Joana Ferreira & Maria João Rodrigues

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: CONCEPÇÕES DE PROFESSORES DE 16 PAÍSES EUROPEUS, AFRICANOS E DO PRÓXIMO ORIENTE 493
Graça S. Carvalho, Pierre Clément & Dominique Berger

EDUCAR PARA O NASCIMENTO: A ESSENCIALIDADE DO MÉTODO DE PREPARAÇÃO PSICOPROFILÁCTICO PARA O PARTO 507
Ana Frias

EL PLAN MARCO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE EXTREMADURA: UN ENTORNO COMÚN PARA LA REALIZACIÓN, LA CONSOLIDACIÓN Y EL IMPULSO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD 514
Isabel Mancebo Corral, Ana Regalado, José Andrada, Eulalio Ruiz Muñoz & José Luis Ferrer Aguareles

ESCUELA MUNICIPAL DE SALUD YCONSUMO 523
Antonio Calvo & Raquel Guevara

GABINETE DE APOIO AO ALUNO: EXPERIÊNCIAS, INTERVENÇÕES E PROJECTOS 528
Cristiana Carvalho & Rosana Patané

GENÉTICA HUMANA EM MANUAIS ESCOLARES DE 14 PAÍSES: ANÁLISE DO DETERMINISMO GENÉTICO E DE ANOMALIAS GENÉTICAS 535
Carla Silva, Cláudia Ferreira & Graça S. Carvalho

O ADOLESCENTE ENQUANTO PROTAGONISTA NO ESPAÇO ESCOLAR 549
Marta Angélica Iossi Silva, Débora Falleiros de Melo & Diene Monique Carlos

O DESENVOLVIMENTO DE UMA DISCIPLINA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL E SOCIAL SEGUNDO O MODELO DAS COMPETÊNCIAS DE VIDA 559
Lígia Lima & Márcia Cruz

O ENFERMEIRO E O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA: CONTRIBUTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM REFERENCIAL DE COMPETÊNCIAS 567
Ezequiel M. Carrondo

OS "7 + 2 DA SAÚDE" NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS 576
Cristiana Carvalho

PARAR PARA PENSAR… QUE SIGNIFICA EDUCAR PARA A SAÚDE? 582
Clara Costa Oliveira & Rosália Fonte

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE: UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INICIATIVAS EFETUADAS PELA DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, NO PERÍODO DE 2005 A 2008 588
Aline Santos Monteiro & Braga Reis Riame

PROJECTO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: "BRINCAR DE SER" 595
Filipa Domingues & Ricardo Rodrigues

PROJECTO VESPAH – ALICERCE PARA DIAS SAUDÁVEIS 602
Susana Cardoso

PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS: PROGRAMA *STRONG START* 606
Lívia Andreucci, Anabela Pereira, Maria de Lurdes Cró, Amarílis Rocha, Cristina Ferreira, Liliana Loureiro, Patrícia Oliveira & Tânia Pereira

PROMOÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING*: GESTÃO DO TEMPO E TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO 614
Alda Martins & Andreia Pacheco

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:
A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA COMO PROPOSTA METODOLÓGICA 623
Maria da Conceição Pinto Antunes

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: O PROJECTO "BEM-ME-QUER" 631
Maria da Conceição Pinto Antunes

QUEM É MAIS BELA DO QUE EU? REVISTAS PARA JOVENS ADOLESCENTES E A IDEALIZAÇÃO DO CORPO 641
Sara Magalhães, Luísa Saavedra & Conceição Nogueira

"SABER EM SAÚDE":
AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UMA INTERVENÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR 653
Lígia Joana Miranda Carreira & Ivone Patrão

SAÚDE E BEM-ESTAR NA TRANSIÇÃO PARA O ENSINO SUPERIOR: INFLUÊNCIA DOS ESTILOS DE VIDA NOS PROCESSOS DE ADAPTAÇÃO ACADÉMICA 663
Sónia F. Carvalho & José P. Cruz

SAÚDE E AMBIENTE

PROJECTO DO ALÉRGICO INDIVIDUALIZADO (P.A.I.):
QUE REALIDADE NO DISTRITO DE AVEIRO? 673
Aida Figueiredo & Pedro da Mata

(RE)CONSTRUIR PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL:
ACÇÃO E COMPETÊNCIA DE ACÇÃO COMO UM DESAFIO EDUCATIVO 680
Teresa Vilaça

SAÚDE E DOENÇA

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: O RASTREIO DO CANCRO DA MAMA 696
Alexandra Pereira, Anabela Pereira & Vítor Rodrigues

EDUCAÇÃO E FACTORES DE RISCO NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO:
UM ESTUDO NO DISTRITO DE BEJA 702
Maria Goes, Isabel Natário, Manuela M. Oliveira & Jorge Bonito

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: O PAPEL DO MULTIMÉDIA – APRESENTAÇÃO DE UM CASO PRÁTICO (FILME EM 3D) 714
Teresa Pinto, António Piedade & Pedro Pinto

SAÚDE MENTAL

A ANOREXIA EM JOVENS ADOLESCENTES.
UM CONTRIBUTO PARA O SEU SUCESSO ESCOLAR 729
Maria João Silva & Alice Fontes

A SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE DO 1.º ANO DO ENSINO SUPERIOR:
AVALIAR PARA INTERVIR 738
Sara Monteiro, José Tavares & Anabela Pereira

DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS NA REABILITAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS 747
José Manuel Dias & Lia Joana Marcos

PREVENÇÃO DA ANOREXIA EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL: UMA INTERVENÇÃO COM TÉCNICOS E JOVENS 756
Graça Santos & Marta Simões

SAÚDE ORAL

O IMPACTO DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO EM SAÚDE ORAL EM INSTITUIÇÕES PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA 765
Maria de Fátima Bizarra

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A HIGIENE ORAL: UMA EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO A NÍVEL INDIVIDUAL E A NÍVEL COMUNITÁRIO 770
Henrique Luis, Victor Assunção, Morgado I, Mário Bernardo, Michael Martin, Jorge Leitão & Timothy A. DeRouen

SEXUALIDADE E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A EDUCAÇÃO SEXUAL NUMA ESCOLA DO 3.º CICLO DO ENSINO BÁSICO 776
Amália Sousa Costa

A PREVENÇÃO DO VIH/SIDA EM MULHERES PROVENIENTES DOS PALOP'S: FUNDAMENTAÇÃO NA LITERATURA DA IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PSICOSSEXUAL 788
Ana Luísa Patrão, Ana Luísa Correia, Carlos Ferreira da Costa, Ângela Maia & Teresa McIntyre

ACONSELHAMENTO VIH/SIDA NUM CAD: DA PSICOLOGIA CLÍNICA À PSICOLOGIA DA SAÚDE 800
Eunice Castro Seixas

AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL EXISTENTES NO BRASIL E EM PORTUGAL COMO TEMA DE ESTUDO COMPARATIVO 807
Rosana de Sousa Patané

CONHECIMENTO *VERSUS* ACÇÃO NA PROBLEMÁTICA DA INFECÇÃO PELO VIH/SIDA 820
Maria João Monteiro & José Vasconcelos Raposo

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: EXPERIÊNCIAS - DIA MUNDIAL DA LUTA CONTRA A SIDA 829
Maria João Baptista, Joaquina Fernandes, Maria Emília Jorge & Anabela Santos

EDUCAÇÃO SEXUAL NA ACTUALIDADE: PERSPECTIVAS E CAMINHOS 839
Marta Reis, Margarida Gaspar de Matos & Equipa Aventura Social

EDUCAÇÃO SEXUAL NA INFÂNCIA, PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O FUTURO: IDENTIFICAÇÃO DE CONCEPÇÕES DE PROFESSORES DE 1.º CEB 855
Zélia Caçador Anastácio & Graça Simões de Carvalho

ESTRATÉGIAS E CONHECIMENTOS TEÓRICO-PRÁTICOS FRENTE A AIDS NO BRASIL 872
Graziela Raupp Pereira

INFLUÊNCIA DA PUBLICIDADE TELEVISIVA NA PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO SEXUAL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO COM CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS 881
Jordão Abreu, Isabel Chagas, François Paymal, Georgina Woywode, Helena Ribeiro, Ileser Cristo & Rita Fernandes

O QUE SE DIZ SOBRE VIH/SIDA E SUAS REPERCUSSÕES NA PRÁTICA PREVENTIVA DOS JOVENS 894
Aliete Cunha-Oliveira, José Cunha-Oliveira, João Rui Pita & Salvador Massano Cardoso

VIOLÊNCIA EM MEIO ESCOLAR

A VIOLÊNCIA COMO FATOR DE VULNERABILIDADE NA ÓTICA DE ADOLESCENTES ESCOLARES 911
Marta Angélica Iossi Silva & Beatriz Oliveira Pereira

ESCOLA, ÉTICA DO CUIDADO E A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA 919
Denise Soares Miguel & Graziela Raupp Pereir

PREFÁCIO

Passados dez anos sobre a realização do I Congresso Nacional de Educação para a Saúde, que decorreu em Outubro de 1998 na Universidade do Minho, em Braga, organizado pelo Departamento de Metodologias de Educação do Instituto de Educação e Psicologia, emerge agora a necessidade de aprofundar alguns domínios, que já na altura prefiguravam novas abordagens da Educação para a Saúde.

Assim, não podemos deixar de nos congratular com o nível de participação e qualidade das apresentações desta obra, uma vez que se verifica que a Educação para a Saúde é um imperativo, envolvendo a participação dos cidadãos e de todas as instituições que, pela sua missão e atribuições, contribuem para a informação e desenvolvimento de acções pedagógicas, que visam a melhoria das condições de vida e de saúde da população em geral e da população em meio escolar, em particular.

Foi com base nestes pressupostos, que a organização do II CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, através do seu Comité Científico, construiu o fio condutor que deu corpo ao programa do evento, cujos objectivos essenciais, salientamos:

- Defender a saúde como património da colectividade a preservar;
- Facilitar o conhecimento e intercâmbio de experiências e investigações educativas entre todos os intervenientes no processo da educação para a saúde;
- Contribuir para a construção de respostas educativas adequadas às áreas prioritárias de intervenção definidas pelo Ministério da Educação.

Considerando os objectivos enunciados, bem como a importância da Promoção e Educação para a Saúde na área da Educação para a Cidadania, foram identificadas como temáticas prioritárias de trabalho do II Congresso as seguintes áreas:

- Alimentação saudável e actividade física;
- Consumo de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas;
- Sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis;
- Violência em meio escolar, incluindo *bullying* e comportamentos autodestrutivos.

Naturalmente que estas grandes áreas temáticas incluem múltiplos assuntos, outros tantos subtemas com objectivos de reflexão e discussão que, por sua vez, se desenvolvem em apresentações/debates/partilha de experiências, agrupadas em vários painéis, onde se elencam, entre outros:

- Ambiente e saúde;
- Promoção da segurança e prevenção de acidentes;
- Educação para o consumo;
- Saúde oral;
- Saúde mental.

Em suma, mais de uma centena de trabalhos foram apresentados no II Congresso Nacional de Educação para a Saúde, dando corpo à presente obra, de relevo, e ao essencial da sua finalidade, uma vez que os conteúdos das mesmas realçam o princípio orientador do evento e do actual pensamento filosófico do quadro conceptual da Educação para a Saúde em meio escolar: "Educar para a saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e bem-estar ao longo da vida" (ME, 2008).

Maria Isabel Machado Baptista
Coordenadora do Núcleo de Educação para a Saúde
ME-DGIDC

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

ACTIVIDADE FÍSICA

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E ACTIVIDADE FÍSICA EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO

Maria Raquel Silva[1]

Resumo

A actividade física está associada a uma melhor saúde mental e tem um efeito protector contra a instalação da depressão. A adolescência é uma fase de transição, onde quase tudo é novo, pelo que a imagem corporal revela-se muitas vezes importante na integração do jovem na escola e na sociedade.

O objectivo deste estudo foi avaliar a sintomatologia depressiva e a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino praticantes de actividade física escolar.

A maioria das adolescentes apresentou apenas ligeiros sintomas depressivos e revelou uma atitude de indiferença face à maioria dos parâmetros avaliados na imagem corporal, sendo que a prática de actividade física escolar influenciou essa atitude.

Palavras-chave

Sintomatologia depressiva; imagem corporal; adolescentes do sexo feminino.

INTRODUÇÃO

Na última década, a depressão tem vindo a aumentar acentuadamente em idades jovens, pelo que tem-se dado uma enorme atenção ao seu diagnóstico e tratamento em crianças e adolescentes.

A partir dos anos setenta, o tema depressão na infância e adolescência tem despertado um crescente interesse dos profissionais que trabalham com psiquiatria infantil e saúde mental. Numerosos estudos têm ainda revelado efeitos negativos da depressão, em crianças e jovens, e aproximadamente 10% a 15% de crianças apresentam sintomatologia depressiva classificada de moderada a severa (*Marx et al*, 1998).

Por um lado, a adolescência é uma fase de transição, onde quase tudo é novo, pelo que o jovem tenta, a todo o custo, afirmar-se perante a sociedade, e integrar-se no grupo, criando relações sociais fortes com as pessoas com que mais se identifica.

Por outro lado, a exclusão do grupo, a dificuldade em comunicar, em aceitar e compreender as modificações da sua imagem corporal, e em ser aceite aos olhos de quem o rodeia, desencadeiam reacções conflituosas.

Para além dos aspectos acima referidos, nestas idades, as crianças e os jovens dispendem a maior parte do seu tempo na escola, sendo esta, o cenário de grande parte dos seus conflitos. Contudo, não nos podemos esquecer que a escola também contribui fortemente para os seus comportamentos e ideais, pelo que os professores encontram-se numa posição privilegiada para detectar e ajudar ao reajuste de ideias, conceitos e valores.

Se esta intervenção, acompanhada de um apoio especializado (como é o caso dos psicólogos) surgir tardiamente, poderá conduzir a comportamentos menos ajustados à realidade em questão.

1. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. **raquel@ufp.edu.pt**

Assim, torna-se imprescindível o conhecimento dos sintomas depressivos para que, deste modo, o adolescente possa ser ajudado a superar essa situação.

AMOSTRA

Deste estudo fizeram parte 130 adolescentes do sexo feminino praticantes de actividade física escolar, incluindo Desporto Escolar.

As participantes frequentavam escolas básicas e secundárias da zona do Grande Porto.

METODOLOGIA

Foi utilizado o Inventário Depressivo de *Beck* (*BDI* – do inglês: *Beck Depression Inventory*), que avalia a sintomatologia depressiva. O *BDI* foi elaborado a partir da observação clinica de doentes deprimidos, com a finalidade de avaliar as manifestações comportamentais da depressão (*Beck et al*, 1961).

Este instrumento já anteriormente descrito, utilizado e validado por Vaz-Serra (1994) é constituído por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, de agrupamento sintomatológico (observados em doentes com qualquer tipo de depressão) que abrangem as manifestações presentes nas diferentes intensidades no quadro clinico depressivo (Reinecke, 1994).

Os itens foram escolhidos com base na sua relação com as manifestações comportamentais observáveis no quadro clinico depressivo, e não por reflectirem, especificamente, uma teoria etiopatogénica da depressão.

Cada categoria corresponde a uma manifestação comportamental da depressão, e é constituída por quatro frases, com valores de 0 a 3 pontos dispostas por ordem crescente de intensidade, escolhendo o inquirido a frase que melhor define o seu estado emocional, que sentiu na última semana, incluindo o dia do questionário.

As dimensões deste questionário pretendem abranger toda a sintomatologia depressiva. Assim, onze relacionam-se com aspectos cognitivos, cinco com sintomas somáticos, dois com comportamentos observáveis, dois com o afecto e um com sintomas interpessoais.

A possível pontuação total do questionário situa-se entre os 0 e os 63 pontos, mediante as respostas dos inquiridos.

Para a avaliação da satisfação com a imagem corporal utilizamos o *Body Image Satisfaction Questionnaire* (*BISQ*) criado por *Lutter et al* (1986, cit. *Lutter et al*, 1990).

Antes do questionário propriamente dito, acrescentamos alguma informação relativa aos dados pessoais das participantes (idade, peso, altura, ocorrência da menarca). Este questionário apresenta 22 parâmetros, tais como partes do corpo (cabelo, dentes, olhos, etc) e factores de ordem física (resistência física, nível de energia), que podem ser classificados em 5 possibilidades de resposta: "Não gosto nada e desejaria ser diferente", "Não gosto, mas tolero", "É-me indiferente", "Estou satisfeita" e "Considero-me favorecida", sendo que as participantes devem assinalar uma cruz, na opção com que melhor se identificam.

Para a aplicação destes questionários foi solicitada a colaboração dos professores de Educação Física das participantes, que foram devidamente informados de todo o processo (condições de realização, tempo dispendido e recolha de informação).

Estes questionários foram distribuídos pelas participantes e preenchidos nos primeiros 15 minutos da aula.

O programa informático utilizado para o tratamento dos dados recolhidos foi o SPSS

na versão 15.0. Os resultados serão apresentados na forma de média±desvio-padrão e os valores mínimo e máximo.

RESULTADOS

As 282 participantes apresentam idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos (Quadro 1), sendo que 147 já tiveram menarca e, cuja frequência varia entre 1 mês e os 7 anos (1.9±1.23 anos).

Quadro 1. Idade, peso e estatura das participantes.

Parâmetros avaliados	M ± Dp	Mín.	Máx.
Idade	13.2±0.7	12	17
Peso	48.5±6.5	33.2	72.0
Estatura	158.9±10.2	56.2	181.9

No quadro 2, apresentamos a média dos resultados obtidos no *BDI*, salientado que metade das questões foi cotada com o máximo de 3, e apenas as questões relacionadas com "tristeza", "perda de prazer" e "cansaço ou fadiga" atingiram o máximo de 1.

As que obtiveram pontuações médias mais elevadas foram "alterações no padrão do sono" e "alterações no apetite".

A média da pontuação total do questionário de sintomatologia depressiva foi 10.2±4.1, variando entre a pontuação mínima de 1 até à pontuação máxima de 35, classificando-se em ligeiros distúrbios emocionais.

Quadro 2. Valores atribuídos às 21 questões do BDI.

Questões	M ± Dp	Mín.	Máx.
Tristeza	0.1±0.30	0	1
Pessimismo	0.2±0.50	0	3
Fracassos passados	0.6±0.86	0	3
Perda de prazer	0.3±0.47	0	1
Sentimentos de culpa	0.6±0.58	0	2
Sentimentos de punição	0.6±1.0	0	3
Auto-depreciação	0.4±0.81	0	3
Auto-criticismo	0.7±0.92	0	3
Pensamento ou desejos suicídas	0.2±0.52	0	2
Choro	0.7±1.07	0	3
Agitação	0.5±0.85	0	3
Perda de interesse	0.2±0.44	0	2
Indecisão	0.7±0.54	0	2
Sentimentos de inutilidade	0.3±0.60	0	2
Perda de energia	0.3±0.57	0	2
Alterações no padrão de sono	1.3±1.15	0	3
Irritabilidade	0.7±0.79	0	3
Alterações no apetite	1.4±0.91	0	3
Perda de peso	0.8±0.71	0	3
Cansaço ou fadiga	0.2±0.40	0	1
Perda de interesse pelo sexo oposto	0.1±0.31	0	1

No quadro 3 estão representados os valores atribuídos aos diferentes parâmetros do *BISQ*. É de realçar que em todos os parâmteros, o valor mínimo e o valor máximo de classificação não variam, sendo de 1 e de 5, respectivamente. A barriga, as coxas e as pernas são as partes do corpo que não gostam, mas toleram, sendo que as participantes revelam uma atitude de "indiferença" face à maioria dos parâmetros avaliados na imagem corporal.

Quadro 3. Valores atribuídos aos diferentes parâmetros do BISQ.

Parâmetros avaliados	M ± Dp	Mín.	Máx.
Cabelo	3.6±0.97	1	5
Dentes	3.3±1.16	1	5
Olhos	4.2±0.75	1	5
Orelhas	3.7±0.77	1	5
Nariz	3.4±0.85	1	5
Testa	3.4±09	1	5
Pele	3.5±1.10	1	5
Face	3.3±1.08	1	5
Braços	3.5±0.91	1	5
Seios	3.4±1.10	1	5
Ombros	3.5±0.8	1	5
Barriga	3.0±1.26	1	5
Ancas	3.2±1.06	1	5
Cintura	3.3±1.04	1	5
Coxas	3.0±1.06	1	5
Pernas	3.0±1.10	1	5
Porte	3.4±1.06	1	5
Postura	3.6±1.26	1	5
Peso	3.1±1.26	1	5
Estatura	3.4±1.14	1	5
Resistência física	3.3±1.02	1	5
Nível de energia	3.6±0.95	1	5

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A barriga, as coxas e as pernas são as partes do corpo que não gostam, mas toleram, sendo que as participantes revelam uma atitude de indiferença face à maioria dos parâmetros avaliados na imagem corporal. Dado que a imagem corporal uma representação mental que o sujeito possui do seu próprio corpo, consideramos que este conceito reporta todo o carácter dinâmico, resultante das experiências pessoais e influências exteriores.

Parece-nos então que as inquiridas apresentam maior preocupação com zonas do corpo que naturalmente sofrem modificações, a partir da ocorrência da menarca, pelo que convém relembrar que das 282 participantes, 147 já eram menstruadas.

Podemos referir que apenas as questões relacionadas com "tristeza", "perda de prazer" e "cansaço ou fadiga" atingiram o máximo de 1, na respectiva escala que varia de 0 (zero) a 3, sendo que as que obtiveram pontuações médias mais elevadas foram "alterações no padrão do sono" e "alterações no apetite". Deste modo, e como já referimos anteriormente, a média das inquiridas classifica-se no nível de ligeiros distúrbios emocionais, naturais da fase da vida em que se inserem, em que tudo está em transformação e consequente

evolução.

Contudo, num estudo realizado por Pacc (2000) e por Marx *et al* (1998) consideraram que apresentam-se como principais manifestações de sintomatologia depressiva, os sentimentos de tristeza, perda de prazer nas actividades, sentimentos de culpa, diminuição de energia e fadiga, baixa auto-estima, diminuição da concentração e dificuldade em tomar decisões, sentimentos de inutilidade e solidão.

Se estas manifestações sintomatológicas depressivas não forem detectadas e tratadas, não será possível identificar a depressão em crianças e jovens, e portanto, há que conhecer esses sintomas, uma vez que esta aumenta o risco de abuso de substâncias, comportamentos suicidas, e diminui o rendimento a nível escolar, psicológico e social. (Marx *et al*, 1998).

Há autores que sugerem que a actividade física está associada a uma melhor saúde mental e tem um efeito protector contra a instalação da depressão. Na escola, os alunos têm a possibilidade de praticar actividade física formal e regular - a Educação Física, pelo que esta pode contribuir eficazmente, no combate ao aparecimento da depressão. Esta disciplina pretende o desenvolvimento harmonioso do aluno, através do estabelecimento de relações inter-pessoais e a construção de atitudes e valores, em conjunto com outros jovens, promovendo a cooperação e afectividade, assim como sentimentos de auto-confiança e de auto-superação. Deste modo, o professor pode detectar sentimentos de inutilidade, de solidão, de perda de prazer e de interesse pelas actividades habitualmente praticadas, cansaço e fadiga, que, sobretudo na aula de Educação Física, podem tornar-se mais evidentes, devido às características anteriormente mencionadas.

CONCLUSÕES

Parece-nos possível concluir que a maioria destas jovens apresentou ligeiros distúrbios emocionais, pelo que julgamos estarem dentro do padrão normal, de acordo com o escalão etário em questão.

As participantes apresentaram uma maior preocupação com as partes do corpo, onde a massa corporal tem um acrescémio maior com a entrada na adolescência.

Na escola, os alunos têm a possibilidade de praticar actividade física formal e regular, pelo que esta pode contribuir eficazmente no combate ao aparecimento de sintomas depressivos. A prática de actividade física no meio escolar permite, através do estabelecimento de relações inter-pessoais, a construção de atitudes e valores, promovendo a cooperação e afectividade, assim como, sentimentos de auto-confiança e de auto-superação.

BIBLIOGRAFIA

Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry: 4, 561-571.

Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*: pp. 398-399. Jonh Wiley & Sons. New York.

Harrington, R. (1995). *Depressive disorder in childhood and adolescence*. Jonh Wiley & Sons. London.

Lutter, J. M.; Jaffee, L.; Lee, V.; Benyus, J.; Jones, C.; Johnson, V. N.; Zurek, L. (1990). *Body image/Body mirage*. In The body wise woman. The Melpomene Institute for Women's Health Research. Human Kinetics Publishers. Champaign, Illinois.

Marx, T. *et al* (1998). *Depression*. Graduated Students in the Counseling, Clinical, and School Psychology Program at the University of California. Santa Barbara.

Olsson, A. L. von Knorring (1997) *Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences*. Acta Psychiatrica Scandinavica. ISSN 0001-690X. Munksgaard.

Pacc, B. (2000). *Depression*. The Journal of the American Medical Association. September 27, Vol 284, No. 12. Richard M. Glass Editor. Washington.

Reinecke, M. A. (1994). *Suicide and depression – Cognitive behavioral strategies in crises intervention*: p. 67 – 103. The Guildford Press. New York.

Vaz Serra, A. (1994). *Inventário de avaliação clínica da depressão*. Edição da Psiquiatria Clínica. Coimbra.

"SE AS MINHAS COSTAS FALASSEM..."

Teresinha Noronha[1] & Emanuel Vital[2]

Resumo

O problema das dores nas costas tem uma elevada prevalência na população jovem e apresenta uma tendência para aumentar com a idade. Não estão identificados programas de protecção de saúde dirigidos para esta condição. Foi desenvolvido o programa ***"Se as minhas costas falassem..."*** dirigido a todos os alunos do 5.º ano de escolaridade do Concelho de Caldas da Rainha, num total de 575 alunos. Este estudo de caso descreve aquele programa e apresenta os resultados do primeiro ano de experiência. Registou-se um aumento de 22,9% nos conhecimentos teóricos relacionados com o tema. Verificou-se uma aquisição de competências relativas à escolha da mochila mais adequada, à arrumação do material escolar e ao transporte da mochila. Existem factores contextuais que necessitam ser objecto de intervenção.

Palavras-chave

Raquialgias; protecção da saúde; jovens.

INTRODUÇÃO

O problema músculo-esquelético da coluna vertebral cuja manifestação mais habitual é referida como *"dores nas costas"*, não sendo uma condição de saúde fatal, tem, contudo, um impacto importante na qualidade de vida e comporta custos socio-económicos elevadíssimos.

Em Portugal cerca de 40% das crianças entre os 10 e os 16 anos queixam-se de ter sofrido dores nas costas pelo menos uma vez nos últimos seis meses (Matos, 2003).

Adolescentes de 13-14 anos com dores nas costas, apresentam já lesões que se supunha surgir apenas nos adultos (Salminen, Erkintalo, Laine, & Pentti, 1995). Sabe-se igualmente que as queixas de dores nas costas em jovens estão associadas a problemas nas costas na idade adulta (Jones, Watson, Silman, Symmons, & Macfarlane, 2003), e os custos socio-económicos deste problema ultrapassam o triplo dos custos do conjunto de todos os tipos de cancro (Jonsson, 2000).

Factores biomecânicos (Chansirinukor, Wilson, Grimmer, & Dansie, 2001; Negrini & Carabalona, 2002; Watson *et al*., 2003) e psico-sociais (Bosma, van de Mheen, & Mackenbach, 1999; Feldman, Shrier, Rossignol, & Abenhaim, 2001; Kristjansdottir & Rhee, 2002) foram identificados como podendo contribuir para a génese e agravamento daquela situação.

Entre os factores biomecânicos que podem estar implicados nesta condição apontam-se os hábitos de actividade física, as posturas incorrectas, e o transporte de bolsas ou mochilas escolares com peso excessivo. Segundo a "BackCare", 80% das crianças carregam demasiado peso e uma percentagem significativa transporta as mochilas de forma incorrecta ("NBPA School Bag Survey '97 - findings and recommendations (National Backpack Association Newsletter)", 1997).

1. Centro de Saúde de Caldas da Rainha, Sub-Região de Saúde de Leiria. **zimanor@gmail.com**
2. Centro de Saúde do Bombarral, Sub-Região de Saúde de Leiria. **nunesevital@gmail.com**

No Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006), não existe qualquer referência a esta condição de saúde. No entanto, nesse documento preconiza-se a implementação de intervenções direccionadas para a identificação e controlo dos factores de risco para a saúde, assumindo cada vez maior importância a adopção de um paradigma positivista que contempla a identificação e o reforço dos factores de protecção da saúde. Além disso, nas orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde (Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume 2 - Orientações Estratégicas, 2004) é defendida a priorização de intervenções que incentivem *"...a adopção de estilos de vida e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura."* Importa, por isso, planear estratégias e implementar programas de promoção da saúde com o objectivo de favorecer nos nossos jovens o desenvolvimento de competências para proteger a saúde e prevenir as dores nas costas.

Num programa de promoção da saúde, para além da identificação da condição-alvo, torna-se necessário determinar os factores que serão objecto de intervenção e, ainda, a população-alvo que irá beneficiar do programa.

Uma elevada percentagem de alunos que referem ter dores nas costas apontam o peso da mochila como a causa principal. Numa análise realizada nos últimos 4 anos em três Concelhos do Distrito de Leiria aos pesos das mochilas dos alunos do 2.º e 3.º ciclo de escolaridade verificou-se que os alunos do 5.º ano são o grupo mais exposto àquele factor de risco.

Além disso nos anos lectivos 2004-2005 e 2005-2006 foram realizadas intervenções de promoção da saúde junto dos alunos de 1.º, 2.º e 3.º ciclo em várias escolas do Concelho de Caldas da Rainha abrangendo cerca de 660 indivíduos. Os resultados desse trabalho permitiram identificar que o grupo de alunos do 5.º ano de escolaridade era aquele que mais beneficiava com aquele tipo de intervenção. É na sequência destes trabalhos preliminares que foi concebido o programa *"Se As Minhas Costas Falassem..."* com uma fundamentação mais sólida, criando, portanto, expectativas elevadas relativamente à sua efectividade. Este programa visa promover comportamentos saudáveis que sejam factores de protecção contra problemas músculo-esqueléticos da coluna vertebral

O objectivo do presente trabalho é descrever o desenvolvimento e implementação do programa de promoção da saúde *"Se As Minhas Costas Falassem..."*, e apresentar os resultados do primeiro ano de experiência. Procurar-se-á, também, avaliar a metodologia aplicada nesta acção e o seu impacto nos alunos do 2.º ciclo e na comunidade escolar.

METODOLOGIA

Desenho de estudo

Estudo de caso no qual se descreve o programa *"Se As Minhas Costas Falassem..."*, o seu suporte teórico, os seus componentes, e as estratégias para a sua implementação.

Local da intervenção

Todas as escolas de 2.º ciclo públicas e privadas do Concelho de Caldas da Rainha. Três componentes do programa tiveram lugar em ambiente de Escola e um componente teve lugar num espaço público comunitário - um parque da cidade.

População alvo

Todos os alunos do 5.º ano num total de 575 alunos.

INTERVENÇÃO

Realização do programa *"Se As Minhas Costas Falassem…"*, que tinha como objectivos:

- 1) capacitar a população-alvo com competências para a gestão do material escolar e,
- 2) promover comportamentos protectores dos problemas músculo-esqueléticos do tronco

A intervenção foi realizada ao longo do ano lectivo 2006/07 e foi composta por quatro actividades:

- 1) Sessão de Formação em sala de aula;
- 2) Concurso Inter-Escolar de *"Construção de Coluna Vertebral em 3D"*;
- 3) Concurso *"Mochila Bem Transportada Costas Premiadas"*; e
- 4) *"Jogo por Etapas Inter-Escolar"*.

Foram aplicados testes de aferição de conhecimentos antes e depois da sessão de formação, e foram registados vários indicadores de realização.

Recursos

A realização deste programa exigiu o estabelecimento de parcerias com as Escolas, com disponibilização do corpo docente, parceria com a Escola Técnica Empresarial do Oeste; a autarquia, empresas locais e os meios de comunicação social apoiaram esta iniciativa. Vários técnicos de saúde foram também envolvidos na realização do *"Jogo por Etapas"*.

Suporte teórico

Os conteúdos utilizados no programa e as estratégias adoptadas na sua implementação fizeram uso da combinação de elementos e dimensões de vários modelos e teorias (Glanz, 1999), nomeadamente, o Modelo Transteórico de Mudança Comportamental, o Modelo de Crença da Saúde, a Teoria Sócio-cognitiva, a Teoria do Comportamento Planeado, o Modelo de Processamento de Informação pelo Consumidor, e a Teoria da Difusão das Inovações.

Intervenção

O programa *"Se As Minhas Costas Falassem…"*, foi concebido para ser realizado ao longo de todo o ano lectivo através da implementação de quatro actividades.

A Sessão de Formação em Sala de Aula

Esta actividade era dinamizada pela fisioterapeuta, decorreu no primeiro trimestre lectivo e ocupava uma aula de noventa minutos. Foi realizada em vinte e quatro turmas cobrindo um total de 575 alunos.

Para a sua implementação foram desenvolvidos conteúdos adequados ao grupo etário.

O objectivo desta acção era criar condições para os alunos desenvolverem conhecimentos sobre anatomia funcional, ergonomia e mecanismos de protecção contra lesões da coluna. O recurso a uma abordagem participativa permitia aos alunos discutirem

os temas, analisarem situações, e proporem soluções aos problemas colocados. Nessa sessão eram focados aspectos práticos relacionados com a utilização de mochila com demonstrações pelos alunos, e análise de postura pelos colegas. Procurava-se desenvolver competências cognitivas e comportamentais relacionadas com a postura do corpo e a manipulação de cargas, designadamente as mochilas escolares.

Figura 1. Implicações do transporte incorrecto da bolsa.

O Concurso *"Mochila Bem Transportada Costas Premiadas"*

Esta actividade ocupava uma aula de 45 minutos e decorreu no segundo e terceiro trimestre lectivo. Foram realizados oito concursos cobrindo directamente um total de 195 alunos.

Esta acção tinha como objectivo estimular comportamentos correctos de uso da mochila, reforçar a auto-estima, criar modelos positivos e difundir informação.

Os alunos da turma visitada candidatavam-se ao concurso e eram sorteados cinco alunos para a avaliação final. A avaliação era realizada pelos alunos e por um júri constituído por uma fisioterapeuta e um docente e consistia na análise das características da mochila, no seu uso correcto, e na gestão do material escolar.

Figura 2. Participantes do concurso "Mochila Bem Transportada, Costas Premiadas".

A fisioterapeuta avaliava a postura do aluno com a mochila, a relação entre peso da

mochila e peso corporal e as características da mochila.

O professor avaliava a arrumação do material escolar e a sua adequação conforme ao dia da semana.

A pontuação máxima era de 10 pontos, correspondendo 7 pontos aos aspectos da postura e da mochila e 3 pontos à arrumação e adequação do material escolar.

Os alunos que alcançavam uma pontuação de 9 a 10 pontos eram premiados. Várias empresas locais patrocinaram este concurso atribuindo um prémio em cada concurso.

Concurso Inter-Escolar de *"Construção de Coluna Vertebral em 3D"*

Nesta actividade propunha-se a realização de um modelo tri-dimensional que representasse totalidade da coluna vertebral desde a 1.ª vértebra cervical até ao cóccix. O modelo deveria medir entre 50 a 75 centímetros. O material a utilizar era livre, não sendo aceite ossos. As obras eram avaliadas, tendo em consideração o rigor e o detalhe anatómico.

O objectivo desta actividade era o aprofundamento dos conhecimentos teóricos utilizando uma abordagem de pesquisa na fase de concepção, e de manipulação e criação artística, na fase de realização do modelo.

Figura 3. As três construções da coluna vertebral.

Três escolas participaram neste concurso com um trabalho cada. Estiveram envolvidos nesta actividade cerca de 100 alunos.

Jogo por Etapas Inter-Escolar

Esta actividade foi realizada no final do 3.º trimestre no Parque D. Carlos I, e contou com a participação de 180 alunos representantes das cinco escolas, vários docentes, muitos colaboradores e o público atraído pelo ambiente festivo e lúdico.

O *"Jogo por Etapas Inter-Escolar"* tinha por objectivo reforçar os comportamentos adequados e avaliar a aplicação prática da gestão do material escolar e a manipulação de cargas.

Esta actividade exigiu uma organização e logística de maior complexidade. Estiveram envolvidos os seguintes recursos humanos:

- Cinco Guias de Circuitos – alunos do Curso de Animação Social que frequentaram uma sessão prévia de formação específica;
- Cinco Juízes Técnicos de Etapas – Constituídos por cinco fisioterapeutas com treino específico para avaliar os alunos nesta actividade;
- Cinco Juízes de Etapas – Constituído por cinco professores das escolas participantes;
- Três Coordenadores de Circuitos – Fisioterapeutas.
- Uma Coordenadora do Jogos por Etapas – Fisioterapeuta, responsável pela organização técnica do jogo e juiz da 7.ª etapa.
- Uma Coordenadora Geral – Médica de Saúde Pública, coordenadora da equipa de Saúde Escolar e responsável pela organização logística.

A selecção dos elementos para participar nas etapas foi realizada por sorteio. Cada Escola era representada por 20 alunos.

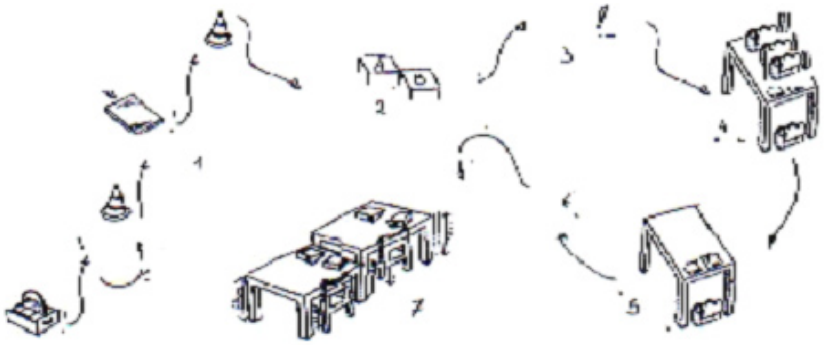
Foram criados cinco circuitos para as cinco escolas participantes. A cada escola foi atribuída uma cor para identificar os elementos em jogo.

Cada circuito tinha um guia e dois juízes e os circuitos funcionavam em simultâneo.

Regras gerais – O jogo era constituído por 8 etapas.

Factores de ponderação: postura; tempo; correcção das respostas. Era descontado 0,5 ponto por cada erro. Pontuação máxima: 20 pontos.

Figura 4: O circuito do Jogo por Etapas.



Descrição do Jogo por Etapas

- Etapa 1 a 3 - Prova de estafeta realizada individualmente por 3 alunos. Pontuação máxima: 9 pontos (três pontos por etapa). Factor de ponderação: tempo, postura.
- Etapa 1 – Levantar a caixa e entregar a outro elemento.
- Etapa 2 - Transportar a caixa contornando os obstáculos e entregá-la ao elemento que está na etapa 3; seguir para apanhar a borracha que está no chão e voltar para colocar a borracha na caixa; trazer a caixa até ao início e colocá-la no chão
- Etapa 3 – Receber a caixa e colocá-la na mesa. O elemento da etapa 3 recebe a

caixa e coloca-a em cima da mesa que está do seu lado direito.

• Etapa 4 - Escolher a mochila mais adequada que será entregue ao elemento da etapa 6. Participam quatro elementos. Pontuação máxima: 2 pontos. Factor de ponderação: tempo e características da mochila.

• Etapa 5 - Arrumar o material conforme o horário do dia. Cinco elementos trabalham em conjunto nesta etapa. Pontuação máxima: 3 pontos. Factor de ponderação: tempo, arrumação, falta ou excesso de material.

• Etapa 6 – Transportar a mochila. O elemento coloca a mochila nos ombros e transporta-a até à etapa 7. Pontuação máxima: 2 pontos. Factor de ponderação: postura.

• Etapa 7 - Escolher a secretária e cadeira que permita melhor postura em sentado. O participante tira uma folha na mochila e, sentado, escreve 2 números que serão usados na etapa seguinte. Pontuação máxima: 2 pontos. Factor de ponderação: postura.

• Etapa 8 – Perguntas para resposta rápida. Os restantes elementos respondem às perguntas dos números indicados na etapa anterior. Pontuação máxima: 2 pontos. Factor de ponderação: respostas correctas.

Figura 5. Etapa 2, colocar a caixa na mesa.

Figura 6. Etapa 5, escolher e arrumar o material.

Figura 7. Etapa 7, escolher uma secretária para se sentar.

RESULTADOS

Neste capítulo consideram-se dois tipos de dados: os indicadores de resultados que dizem respeito às mudanças verificadas na população-alvo, e os indicadores de realização do programa, que nos fornecem informação sobre os processos da intervenção e recursos utilizados.

Indicadores de Resultados

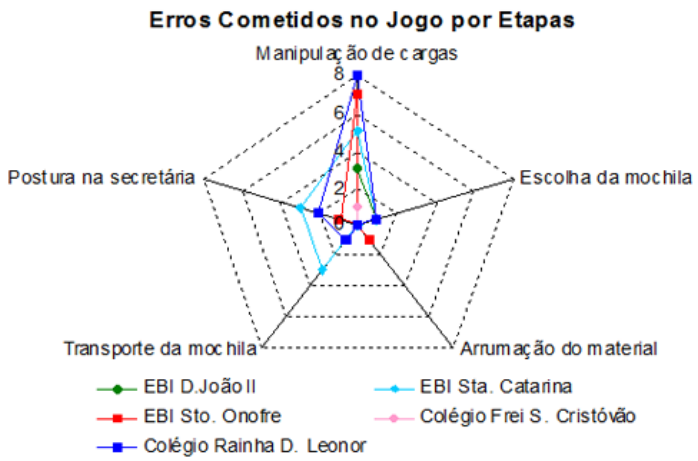
No ano lectivo 2006-2007, quinhentos e setenta e cinco alunos no 5.º ano de escolaridade do Concelho de Caldas da Rainha participaram no programa de promoção da saúde *"Se as Minhas Costas Falassem…"*.Os resultados que se apresentam referem-se a três parâmetros avaliados:

- Desenvolvimento de competências cognitivas que corresponde aos conhecimentos adquiridos;
- Desenvolvimento de competências comportamentais que diz respeito à mudança de comportamento relacionada com a postura e a utilização de equipamento de transporte de material escolar (bolsa, mochila); e
- Avaliação do programa em que é analisada a apreciação que os alunos fizeram do programa.

Em relação ao primeiro parâmetro, a análise dos resultados dos testes de aferição realizados na sessão de formação, regista um aumento do nível dos conhecimentos teóricos de cerca de 22,9%.

Nas competências comportamentais avaliadas no *"Jogo por Etapas"*, pode-se verificar no gráfico 1 que vários grupos apresentaram muita dificuldade na etapa referente à *"Manipulação de Cargas"* que consistia em transportar uma caixa de 5kg. Os alunos não tiveram dificuldades nas etapas que avaliavam a *"Escolha da Mochila"* e a *"Arrumação do Material Escolar"*. A maior parte dos alunos transportava bem a mochila e, na etapa *"Postura na Secretária"*, foram registados alguns erros na escolha da secretária e da respectiva cadeira.

Gráfico 1. Jogo por Etapas - erros cometidos nas etapas avaliadas. As cores representam as Escolas.



Em relação ao terceiro parâmetro, apresenta-se a apreciação que alguns alunos fizeram ao programa. Estas informações foram prestadas a uma entidade externa à implementação do programa, um jornal local - a *"Gazeta das Caldas"* - na sua edição de 15/Junho/07.

Anselmo Crespo, 12 anos, Colégio Frei São Cristóvão

> *"Foi útil participar neste projecto porque é importante aprender que não devemos levar muito peso às costas. Tenho um irmão e também lhe vou ensinar o que aprendi nesta acção. É sempre bom participar nestes jogos fora da escola. Gostei de fazer o circuito e gostei sobretudo de aprender a transportar correctamente a caixa".*

Cláudia Constantino, 10 anos, EBI Santa Catarina

> *"Respondi às perguntas e aprendi como é que as mochilas devem ser e como as devemos arrumar. Não devem ter muito peso para no futuro não termos problemas nas costas".*

David Sousa, 11 anos, Colégio Rainha D. Leonor

> *"Foi divertido, pois aprendi a levantar pesos sem estragar as minhas costas. Também aprendemos como se arrumam as mochilas, primeiro, os livros e só depois o resto das coisas. Tudo para não termos problemas nas costas. É diferente e dá para convivermos com alunos das outras escolas".*

Indicadores de Realização

Cinco Escolas do 2.º Ciclo de Caldas da Rainha estiveram envolvidas neste programa, com a participação do seu corpo docente, nomeadamente Directores de Turma e professores de Educação Visual e Tecnológica que colaboraram e dinamizaram algumas das actividades. As Escolas parceiras que possibilitaram o desenvolvimento do programa foram a EBI D. João II; a EBI Stº Onofre; a EBI Stª Catarina; o Colégio Rainha D. Leonor e o Colégio Frei S. Cristóvão.

A acção da Direcção do Centro de Saúde e dos Conselhos Executivos das Escolas foi determinante ao aprovar e apoiar a implementação deste programa.

A Escola Técnica Empresarial do Oeste participou como parceira neste programa com alunos do Curso de Animação Cultural que aplicaram as suas competências de organização de eventos. A sua participação foi importante ao servirem de guias no "Jogo por Etapas", na organização da merenda e na animação musical durante a cerimónia de

entrega de prémios.

As empresas locais *"Águas do Arieiro"*; *"MegaExpansão"*; *"Livraria Pitau"*; *"UPACAL"*; *"Mobílias Brandão e Filhos"*; *"Seguros Nascimentos"*, aceitaram o convite de apoiar o programa e patrocinaram os prémios dos concursos e providenciaram água e lanche na manhã em que se realizou o *"Jogo por Etapas"*. A Câmara Municipal de Caldas da Rainha disponibilizou transporte e outro apoio logístico fundamental para a realização do "Jogo por Etapas".

Para a realização do *"Jogo por Etapas"* foi determinante também a colaboração de oito fisioterapeutas que se deslocaram a Caldas da Rainha para apoiar esta iniciativa. A Coordenadora local de Saúde Escolar dinamizou os contactos com os vários parceiros e colaborou na programação das actividades.

Foi promovido o envolvimento dos órgãos de comunicação social na promoção e divulgação deste programa. Os jornais locais *"Gazeta das Caldas"* e *"Jornal das Caldas"*, o primeiro com três reportagens e o segundo com duas, colaboraram com o programa fazendo a sua divulgação e veiculando também a informação relativa aos aspectos de protecção da saúde. A Rádio *"TSF"* emitiu uma entrevista de 15 minutos sobre esta temática e a *"RTP – Rádio Televisão Portuguesa"* produziu uma peça de reportagem que difundiu em vários momentos no programa do primeiro canal *"BomDia Portugal"* e no programa *"Fim de Semana"*.

Na *"Semana de Animação da Criança"* de 28 de Maio a 1 de Junho de 2007 e, posteriormente, no Centro de Saúde, de 15 de Junho a 16 de Setembro de 2007, foram expostos os trabalhos e fotografias do programa. A estas exposições estavam associados concursos, o que atraiu a atenção de muitos visitantes. Os mesmos trabalhos e fotografias têm percorrido várias Escolas do Concelho para sensibilizar a população estudantil sobre este tema. Um livro de registos que acompanha a exposição permitiu recolher a opinião e os comentários dos alunos sobre o tema *"Se as minhas costas falassem…"*.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

"Se As Minhas Costas Falassem…" é um programa de promoção da saúde multifacetado, com várias actividades formativas e lúdicas integradas que procura envolver os alunos durante todo o ano lectivo. Os resultados positivos obtidos parecem confirmar as recomendações de vários investigadores da área de promoção da saúde nas escolas (Lister-Sharp, Chapman, Stewart-Brown, & Sowden, 1999; Weare, 1998) e da Organização Mundial de Saúde (Stewart-Brown, 2006).

Acreditamos que este programa cumpre as orientações técnicas do Ministério da Saúde (DGS, 2006), e enquadra-se nas orientações estratégicas da promoção da saúde (Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume 2 - Orientações Estratégicas, 2004).

É impossível calcular com exactidão o alcance desta acção pelo facto da divulgação do programa ter extravasado as suas fronteiras locais, através dos programas televisivos da RTP1 *"Bom Dia Portugal"* e *"Fim de Semana"*. A emissão radiofónica da Rádio TSF também contribuiu para esta divulgação alargada. A nível local, as famílias puderam aceder a esta informação através da Gazeta de Caldas e do Jornal de Caldas para além da oportunidade que tiveram de visitar a exposição de trabalhos e fotografias.

Os resultados positivos registados nos jovens ao nível das competência cognitivas e comportamentais sugerem que este programa é eficaz em promover comportamentos protectores de saúde para esta condição-alvo. Contudo, as conclusões devem ser contextualizadas relativamente ao desenho de estudo. Será necessário realizar investigação com outro desenho de estudo, eventualmente com um grupo de controlo que não realiza

o programa, para se obter um outro nível de evidência científica.

Achamos, porém, que, de acordo com vários autores, a avaliação da eficácia dos programas de promoção da saúde é complexa (Lister-Sharp, Chapman, Stewart-Brown, & Sowden, 1999; Macfarlane, 2005; Paulus, 2004; Stears, 1998; Weare, 1998; Young, 2004) e que os estudos qualitativos são tão importantes como aqueles que adoptam uma metodologia quantitativa. Neste sentido, perfilhamos o paradigma eco-holístico de promoção da saúde que a entende como um processo de capacitação (*"empowerment"*) e de mudança social (Stears, 1998) e em que a avaliação do programa deve incidir mais sobre os processos de intervenção. Deste modo, consideramos que o desenho de estudo aqui adoptado, e a descrição dos procedimentos utilizados assim como a apresentação de indicadores de resultados e de realização poderão permitir uma avaliação externa deste programa. Além disso, acreditamos que a adopção e multiplicação deste programa no âmbito da Saúde Escolar permitirá aferir a sua eficácia.

O suporte teórico do programa *"Se as minhas costas falassem…"* que combina vários modelos e teorias permite flexibilizar e optimizar a intervenção aos vários contextos e componentes do programa. Esta abordagem mista encontra eco em vários autores (Glanz, 1999; Noar & Zimmerman, 2005). Mas intervir na promoção da saúde exige mais que intervenções dirigidas aos comportamentos individuais (Barnekow *et al*., 2006). É reconhecido que as políticas sociais e de saúde são determinantes para a qualidade de vida e saúde das populações. A um nível intermédio, nas instituições de ensino, os factores estruturais também podem ser facilitadores ou barreiras à adopção de comportamentos de saúde protectores contra as dores das costas.

Existem múltiplos factores que contribuem para o excesso de carga transportada pelos alunos. A inexistência de uma sala de aula fixa por cada turma obriga os alunos a mudar de sala ao longo do dia, expondo-os com mais frequência às tarefas de manipulação de carga. Observa-se, por vezes que transportam mal o material escolar, referindo falta de tempo para os arrumar. A falta de cacifos em locais adequados e a ausência de medidas facilitadoras para o uso de cacifos pelos alunos de baixo peso e para os que residem longe da escola é outro factor identificado.

Se por um lado é importante os alunos ganharem competências relativas à gestão da mochila e do material escolar, por outro é necessário mobilizar a comunidade escolar em geral e os decisores em particular para dotarem as escolas de ambientes mais favoráveis para esse fim. Pensamos que o objectivo de sensibilizar a comunidade escolar foi atingido, porém os problemas estruturais das escolas só poderão ser melhorados com envolvimento das instituições. Os resultados da intervenção sugerem que o objectivo de fornecer competências aos alunos para uma boa gestão do material escolar foi bem sucedido, mas sem ambientes contextuais favoráveis os problemas poderão persistir e as estratégias adquiridas podem ser perdidas com o passar do tempo.

A designação deste programa - *"Se As Minhas Costas Falassem…"* – remete para a reflexão sobre uma facto actual: estamos demasiados ocupados para escutar e interpretar os sinais que a nossa coluna vertebral nos transmite. É fundamental juntar esforços para que a voz das *"nossas costas"* seja perscrutada de forma que não tenhamos de esperar até que os sinais de alarme soem e seja necessário despender muitos mais recursos para a tratar.

É importante que iniciativas como estas não sejam desperdiçadas por falta de apoios institucionais, e que os investimentos como estes não sejam desperdiçados por falta de continuidade. Mas o mais importante é ter iniciado o programa e criado um percurso para provar a sua eficácia duma forma sistemática. A confirmação da sua eficácia certamente que poderá constituir um estímulo ao seu desenvolvimento e à sua adopção a nível nacional por todos aqueles que queiram contribuir para formar uma geração verdadeiramente mais

saudável.

REFERÊNCIAS

Barnekow, V., Buijs, G., Clift, S., Jensen, B. B., Paulus, P., Rivett, D., *et al*. (2006). *Health-promoting schools: a resource for developing indicators*: International Planning Committee.

Bosma, H., van de Mheen, H. D., & Mackenbach, J. P. (1999). Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. *BMJ, 318*(2), 18-22.

Chansirinukor, W., Wilson, D., Grimmer, K., & Dansie, B. (2001). Effects of backpacks on students: measurement of cervical and shoulder posture. *Australian Journal of Physiotherapy, 47*, 110-116.

DGS. (2006). *Programa de Saúde Escolar Ano lectivo 2004/05: Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Escolar.* Lisboa.

Feldman, D. E., Shrier, I., Rossignol, M., & Abenhaim, L. (2001). Risk Factors for the Development of Low Back Pain in Adolescence. *American Journal of Epidemiology, 154*(1), 30-36.

Glanz, K. (1999). Teoria num Relance. Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde. In L. B. Sardinha, M. G. Matos & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da Saúde - modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 9-55). Oeiras.

Jones, G. T., Watson, K. D., Silman, A. J., Symmons, D. P., & Macfarlane, G. J. (2003). Predictors of low back pain in British schoolchildren: a population-based prospective cohort study. *Pediatrics, 111*(4 Pt 1), 822-828.

Jonsson, E. (2000). *Back Pain, Neck pain - An Evidence Based Review* (No. 145). Stockholm: SBU.

Kristjansdottir, G., & Rhee, H. (2002). Risk factors of back pain frequency in schoolchildren: a search for explanations to a public health problem. *Acta Paediatrica, 91*(7), 849-854.

Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S., & Sowden, A. (1999). Health Promoting Schools and Health Promotion in Schools: two systematic reviews. *Health Techonology Assessment, 3*(22).

Macfarlane, A. (2005). *What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents?* : WHO Regional Office for Europe.

Matos, M. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.

NBPA School Bag Survey '97 - findings and recommendations (National Backpack Association Newsletter). (1997). *Talkback, 3*, 3.

Negrini, S., & Carabalona, R. (2002). Backpacks on Schoolchildren's perceptions of load, associations with back pain and factors determining the load. *Spine, 27*(2), 187-195.

Noar, S. M., & Zimmerman, R. S. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research, 20*(3), 275–290.

Paulus, P. (2004, 19-22 November). *Evaluating the HPS – what we have done, and what is ahead.* Paper presented at the Third workshop on practice of Health Promoting School - concepts, indicators and evidence, Sigriswil, Switzerland.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume 2 - Orientações Estratégicas. (Vol. 2)(2004). Vol.

2). Lisboa: Ministério da Saúde.

Salminen, J. J., Erkintalo, M., Laine, M., & Pentti, J. (1995). Low back pain in the young. A prospective three-year follow-up study of subjects with and without low back pain. *Spine, 20*(19), 2101-2107.

Stears, D. (1998, 19-22 November). *Evaluation of the Health Promoting School: a paradigm shift and way forward.* Paper presented at the First workshop on practice of evaluation of the Health Promoting School - models, experiences and perspectives, Bern/Thun, Switzerland.

Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Watson, K. D., Papageorgiou, A. C., Jones, G. T., Taylor, S., Symmons, D. P., Silman, A. J., *et al*. (2003). Low back pain in schoolchildren: the role of mechanical and psychosocial factors. *Arch Dis Child, 88*(1), 12-17.

Weare, K. (1998, 19-22 November). *The Health Promoting School - an overview of the concept, principles and strategies and the evidence for their effectiveness.* Paper presented at the First workshop on practice of evaluation of the Health Promoting School - models, experiences and perspectives, Bern/Thun, Switzerland.

Young, I. (2004, 19-22 November). *HPS indicators.* Paper presented at the Third workshop on practice of Health Promoting School - concepts, indicators and evidence, Sigriswil, Switzerland.

O EFEITO DO PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE *"SE AS MINHAS COSTAS FALASSEM..."* NA MODIFICAÇÃO DOS FACTORES DE RISCO DE DORES NAS COSTAS – UM ENSAIO CONTROLADO

Emanuel Vital[1] & Teresinha Noronha[2]

Resumo

A viabilidade, sustentabilidade e desenvolvimento dos programas de promoção da saúde deve ser suportada na evidência da sua eficácia. O programa *"Se as Minhas Costas Falassem..."* foi concebido para ser implementado nos alunos 5.º ano de escolaridade e visava promover comportamentos saudáveis de protecção contra problemas músculo-esqueléticos da coluna vertebral. A eficácia deste programa foi testada num ensaio controlado envolvendo uma amostra de trezentos alunos. O grupo de intervenção melhorou as competências cognitivas e, relativamente ao grupo de controlo, melhorou as competências comportamentais, reduzindo de forma significativa o peso da mochila e ajustando melhor a mochila ao corpo. No grupo de alunos mais exposto aos factores de risco o efeito foi ainda mais acentuado.

Palavras-chave

Raquialgias; protecção da saúde; eficácia.

INTRODUÇÃO

Os dois eixos principais do Programa Nacional de Saúde Escolar desenvolvem-se no sentido da "Vigilância e Protecção da Saúde" e da participação activa da comunidade educativa para a "Aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde"(DGS, 2006). As intervenções preconizadas são direccionadas para a identificação e controlo dos factores de risco para a saúde, assumindo, contudo, cada vez maior importância a adopção de um paradigma positivista que contempla a identificação e o reforço dos factores de protecção da saúde.

O objectivo último é promover o desenvolvimento de competências cognitivas e comportamentais para que os comportamentos de protecção de saúde sejam adoptados e se possam esperar ganhos em saúde. A avaliação da eficácia dos programas de promoção da saúde é fundamental para que se possa garantir a sua viabilidade, sustentabilidade e desenvolvimento (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

A selecção de condições-alvo que justifiquem o investimento em programas de promoção da saúde deve obedecer a critérios explícitos que considerem a dimensão epidemiológica do problema de saúde, a gravidade e impacto na qualidade de vida que a condição pode provocar e a dimensão socio-económica da mesma.

Os problemas músculo-esqueléticos da coluna vertebral cuja manifestação mais habitual é referida como "dores nas costas", ou raquialgias, surgem como uma das condições que absorve mais recursos de saúde (Jonsson, 2000). As raquialgias têm uma elevada

1. Centro de Saúde do Bombarral, Sub-Região de Saúde de Leiria. **nunesevital@gmail.com**
2. Centro de Saúde de Caldas da Rainha, Sub-Região de Saúde de Leiria. **zimanor@gmail.com**

prevalência na população juvenil (Matos, 2003) e foi verificado existir uma associação entre queixas de dores nas costas na adolescência e problemas músculo-esqueléticos da coluna vertebral na idade adulta (Brattberg, 2004; Jones, Watson, Silman, Symmons, & Macfarlane, 2003). Uma percentagem importante de adolescentes com dores nas costas, apresenta já lesões degenerativas estruturais (Salminen, Erkintalo, Laine, & Pentti, 1995). Posturas inadequadas, manipulação incorrecta e excesso de peso das mochilas e bolsas escolares estão associadas a esta condição de saúde ("NBPA School Bag Survey '97 - findings and recommendations (National Backpack Association Newsletter)," 1997; Negrini, Carabalona, & Sibilla, 1999; Vital, Melo, Nascimento, & Roque, 2006).

Pelas suas competências técnico-científicas o Fisioterapeuta é o técnico de saúde com o perfil adequado para intervir nesta condição-alvo. Este facto foi reconhecido pela Comissão Europeia que reconhecendo a urgência de enfrentar o problema das "dores nas costas" com práticas baseadas na melhor evidência, atribuiu à Região Europeia da Confederação Mundial da Fisioterapia o projecto *"Pain in the back: for avoiding back pain in children and teenagers"* com o objectivo de apresentar recomendações baseadas na evidência para tratar deste problema. As conclusões dos peritos referem não existir evidência suficientemente robusta que permita identificar quais os principais factores de risco das dores nas costas (A. Kim Burton, 2005; A. K. Burton *et al*., 2004). A mesma limitação existe relativamente às intervenções dirigidas à prevenção e tratamento daquela condição de saúde (Cardon & Balague, 2004). Nas suas conclusões, aquele grupo de peritos recomenda o reforço da investigação científica para ultrapassar as limitações do conhecimento científico actual e permitir esclarecer quais os factores que estão na génese e agravamento das dores nas costas e quais as intervenções profiláticas e terapêuticas que são mais eficazes.

Ao longo dos últimos cinco anos uma de equipa fisioterapeutas e de médicos de saúde pública tem realizado trabalho nesta área em várias escolas do distrito de Leiria. A sua intervenção tem-se centrado no rastreio epidemiológico e na identificação dos factores condicionantes das raquialgias. O resultado deste trabalho confirma estudos internacionais e indica que os jovens do grupo etário dos 10-12 anos são aqueles que estão mais expostos aos factores de risco (Vital, Melo, Nascimento, & Roque, 2007; Vital *et al*., 2006).

A análise do trabalho realizado nos últimos anos pela Fisioterapeuta Teresinha Noronha em Caldas da Rainha, na perspectiva de aquisição de competências cognitivas, permitiu determinar que são também os jovens do grupo etário dos 10-12 anos aqueles que mais beneficiam das acções de promoção da saúde para esta condição. Na sequência destes trabalhos aquela técnica de saúde concebeu e implementou um programa multifacetado e integrado com o objectivo de promover comportamentos saudáveis que sejam factores de protecção contra problemas músculo-esqueléticos da coluna vertebral.

Com a designação *"Se as Minhas Costas Falassem…"* o programa é dirigido aos alunos 5.º ano de escolaridade e é composto pelas seguintes actividades:

- Formação em sala de aula.
- Concurso "Construção da Coluna Vertebral em 3D".
- Concurso "Mochila Bem Transportada, Costas Premiadas".
- Jogo por Etapas.

As áreas de intervenção consistiam na "Educação do Controlo Postural" e na "Educação sobre a Manipulação de Cargas" e os detalhes relativos às actividades e às estratégias e metodologia de implementação são apresentados no estudo de caso realizado pela autora daquele programa.

O objectivo do presente trabalho visa avaliar a eficácia do programa de promoção

da saúde *"Se as Minhas Costas Falassem…"*, comparando um grupo que realizou o programa com outro grupo equivalente que o não realizou. Procura-se determinar em que medida o programa é capaz de induzir mudanças nos comportamentos de risco desta condição de saúde.

METODOLOGIA

Desenho de estudo

Estudo experimental do tipo ensaio controlado. O grupo de intervenção realizou o programa *"Se As Minhas Costas Falassem…"*, o grupo de controlo não realizou o programa.

Local da intervenção

Escola do Concelho do Bombarral

Amostra

300 alunos do 5.º ano de escolaridade (média de idade:10,5 anos) distribuídos consecutivamente por dois grupos; grupo de controlo (n=146); grupo de intervenção (n=154). Esta amostra corresponde à população de alunos do 5.º ano daquele Concelho de dois anos lectivos consecutivos.

Intervenção

O grupo experimental realiza o programa de promoção da saúde; o grupo de controlo não realiza o programa. O Programa *"Se as Minhas Costas Falassem…"* teve início em Setembro de 2006 com a sua apresentação e aprovação pelo Conselho Pedagógico da Escola e decorreu ao longo do ano lectivo escolar segundo o modelo desenvolvido pela autora do programa. O concurso "Construção da Coluna Vertebral em 3D" que faz parte do programa original não recebeu aceitação por parte de alguns docentes da disciplina Educação Visual e Tecnológica o que inviabilizou a sua realização.

Instrumentos

Teste de aferição de conhecimentos; medição do peso do equipamento de transporte de material escolar (bolsas e mochilas) e modo de colocação da mochila às costas. O programa foi também sujeito à avaliação dos alunos e dos docentes e foram registados vários indicadores de realização.

Recursos

- 1 fisioterapeuta na sessão de formação em sala de aula, medição do peso das mochilas escolares e Concurso *"Mochila bem Transportada, Costas Premiadas"*;
- 2 fisioterapeutas e dois professores no Jogo por Etapas Inter-Turmas;
- 7 empresas locais, Junta de Freguesia e Câmara Municipal do Bombarral que apoiaram a iniciativa;
- 2 jornais locais que foram divulgando as actividades ao longo do ano;
- 8 professores - Directores de Turma - que enquadraram os seus alunos nas variadas actividades;

Foram diversos os parceiros que aderiram e apoiaram este programa. A Câmara Municipal do Bombarral, a Junta de Freguesia do Bombarral, a Caixa de Crédito Agrícola do Bombarral, as empresas InterMarché do Bombarral, VEPELIbérica e Copynet, as Farmácias Hipodérmia, Miguel e Franca e os jornais "Área Oeste" e "Notícias do Bombarral" contribuíram para que os alunos tivessem camisolas do programa, medalhas,

taças, prémios diversos, diplomas e fossem notícia na sua comunidade.

Resultados

Trezentos alunos do 5.º ano de escolaridade com uma média de idade de 10,5 anos participaram neste estudo. O grupo de controlo que não realizou o programa era constituído por 146 alunos e foi acompanhado ao longo dos anos lectivos 2004-2005 e 2005-2006 tendo fornecido os dados relativos aos parâmetros antropométricos e do equipamento de transporte de material escolar (bolsas ou mochilas).

O grupo de intervenção de 154 alunos foi acompanhado nos anos lectivos 2006-2007 e 2007-2008, tendo no ano 2006-2007 participado no programa de promoção da saúde *"Se as Minhas Costas Falassem…"*.

Os resultados que se apresentam referem-se a três dimensões avaliadas:

- Desenvolvimento de competências cognitivas que corresponde aos conhecimentos adquiridos;
- Desenvolvimento de competências comportamentais relacionada com a utilização de equipamento de transporte de material escolar (bolsa, mochila); e
- Avaliação do programa em que é analisada a apreciação que os alunos e os directores de turma fizeram do programa.

Competências Cognitivas

As competências cognitivas apenas foram avaliadas no grupo de intervenção. Deste modo a análise fica limitada à evolução registada no grupo que frequentou o programa. Os conhecimentos dos alunos foram avaliados em três momentos:

- No início da sessão de formação em sala de aula, antes de serem apresentados e trabalhados os temas (primeiro teste);
- No final da sessão de formação em sala de aula depois das actividades formativas (segundo teste);
- No início do ano lectivo seguinte (2007-2008), cerca de um ano após a sessão de formação em sala de aula (terceiro teste).

Os resultados obtidos nos testes de conhecimentos realizados no final de sessão de formação (segundo teste), indicam ganhos de competências cognitivas, conforme se pode constatar:

- aumento de cerca 16% de conhecimento nos testes de aferição (média do 1.º teste: 67,6 pontos; média do 2.º teste: 83,6 pontos; diferença das médias: 16 pontos (n=150; T-test: p=0,000; IC95%:13,8; 18,0)
- aumento de cerca 13,9% do conhecimento na primeira parte dos testes (média no 1.º teste: 31,8 pontos; média no 2.º teste: 45,7 pontos; diferença das médias: 13,9 pontos (n=150; T-test: p=0,000; IC95%:11,9; 15,8)
- aumento de cerca 2,6% do conhecimento na segunda parte dos testes (média no 1.º teste: 35,9 pontos; média no 2.º teste: 38,5 pontos; diferença das médias: 2,6 pontos (n=150; T-test: p=0,001; IC95%:1,1; 4,0)

Para avaliar o nível de retenção de conhecimentos foi administrado no início do ano lectivo seguinte de 2007-2008 o mesmo teste de aferição. Dos 150 alunos que responderam ao primeiro e segundo teste, 132 responderam ao terceiro teste. Conforme esperado, os resultados sugerem ter ocorrido uma ligeira perda. Assim, comparativamente com o teste de aferição aplicado no final da sessão de formação, obtivemos os seguintes resultados:

• redução de cerca de 4% de respostas certas nos testes de aferição (média do 2.º teste: 85,2 pontos; média do 3.º teste: 81,1 pontos; diferença das médias: 4 pontos). Esta diferença, apesar de reduzida é estatisticamente significativa (n=132; T-test: *p*=0,001; IC95%:1,6; 6,4));

Esta redução ficou a dever-se principalmente ao desempenho na primeira parte do teste (redução aproximada de 4,3%), pois que, relativamente à segunda parte do teste, composta por imagens, não se verificou o efeito de perda; pelo contrário, registou-se uma melhoria de desempenho na ordem dos 0,5% (sem significância estatística).

Para determinar o ganho efectivo promovido pelo programa nas competências cognitivas comparou-se o desempenho no início do ano lectivo de 2007-2008 (terceiro teste) com o nível inicial de conhecimentos (primeiro teste). Os resultados indicam um ganho efectivo e estatisticamente significativo de conhecimentos por parte dos alunos envolvidos no programa na ordem dos 12,5% (média do 1.º teste: 68,6 pontos; média do 3.º teste: 81,1 pontos; diferença das médias: 12,5 pontos (n=132; T-test: *p*=0,000; IC95%:10,0; 15,1).

Pelos resultados registados podemos concluir que o programa promoveu um ganho de conhecimentos relacionados com comportamentos protectores de saúde, na área da educação postural e manipulação da mochila.

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

A postura

As competências comportamentais que este programa procurou desenvolver dizem respeito principalmente à utilização do corpo e ao seu controlo postural nas diversas actividades diárias e ainda à protecção do corpo nas actividades de manipulação de cargas, em especial as mochilas.

A exposição à carga da mochila parece-nos ser um factor determinante nas queixas de dores nas costas na população jovem (Negrini *et al*., 1999; Vital *et al*., 2006). Na sessão de formação em sala de aula foram realizadas actividades de análise e demonstração relacionadas com a manipulação de cargas e foi promovida a discussão sobre soluções para os diversos problemas colocados, num contexto de participação activa dos alunos. No Concurso *"Mochila Bem Transportada, Costas Premiadas"* e no *"Jogo por Etapas"*, os processos avaliativos das competências comportamentais tiveram mais peso nas actividades, mas serviram também para a formação e o desenvolvimento de competências comportamentais.

A postura e as competências comportamentais foram avaliadas no "Jogo por Etapas". As classificações obtidas pelas equipas dependiam da forma como eram realizadas tarefas específicas de manipulação de cargas e de selecção e uso da mochila.

No Jogo por Etapas foi aplicada uma versão adaptada da escala de avaliação ergonómica REBA (Rapid Entire Body Assessment) (Hignett & McAtamney, 2000) que permitiu avaliar a postura do tronco e cabeça em 5 actividades. Numa análise global, considerando as médias ponderadas da percentagem de comportamentos correctos observados, verificou-se que os piores desempenhos foram registados na postura do tronco e no transporte da mochila. A forma de transportar a mochila, mesmo em contexto competitivo parece reproduzir padrões habituais encontrados no dia a dia.

Estes dados reforçam a pertinência deste programa e orientam para o reforço da acção nestes aspectos em intervenções futuras.

A mochila

As recomendações relativamente à carga máxima que os jovens não devem exceder quando transportam a mochila são baseadas em critérios biomecânicos de análise postural (Brackley & Stevenson, 2004; Chansirinukor, Wilson, Grimmer, & Dansie, 2001; Chow, Leung, & Holmes, 2007) e de risco de queixas de raquialgias (Korovessis, Koureas, Zacharatos, & Papazisis, 2005; Vital *et al*., 2006). Assim, considera-se que o peso da mochila não deve ultrapassar os 10% do peso do corpo. Acima desse valor considera-se que o jovem se encontra exposto a problemas músculo-esqueléticos da coluna vertebral.

Figura 1. Avaliando o peso da mochila.

Figura 2. Avaliando a colocação da mochila.

O modo de utilização da mochila escolar é o aspecto fulcral do programa *"Se as Minhas Costas Falassem…"*. O tipo de mochila utilizada, a carga transportada e a forma como a mochila é transportada reflecte a dimensão comportamental deste factor de risco de dores nas costas.

A intensidade da modificação do comportamento relacionado com o modo de utilização da mochila e o sentido desta modificação poderá confirmar ou não a eficácia do programa implementado. As variáveis em análise são o peso da mochila e o modo de colocação da mochila aos ombros medido pela distância da apófise espinhosa da sétima vértebra cervical (C7) ao topo da mochila.

O peso da mochila

A avaliação dos alunos que frequentaram o programa de promoção da saúde *"Se as Minhas Costas Falassem…"* sugere que eles alteraram o seu comportamento relacionado com a manipulação da mochila tanto no peso como na colocação da mochila, no sentido

da redução do peso e de um melhor ajustamento da mochila ao corpo. Contudo, dados longitudinais recolhidos ao longo dos últimos 5 anos e que correspondem aproximadamente a dezasseis mil registos e cerca de setenta toneladas de peso de mochila, revelam uma tendência constante na redução do peso da mochila à medida que os alunos progridem nos seus graus de ensino. Por este facto deve colocar-se uma questão fulcral: será que os alunos reduzem o peso da mochila e a forma como a colocam às costas independentemente de frequentarem o programa *"Se as Minhas Costas Falassem…"*?

Para responder a este questão procedeu-se à comparação dos dados dos alunos que frequentaram o programa com dados de alunos da mesma Escola e do mesmo grau de ensino (5.º ano de escolaridade) do ano anterior e que não tinham frequentado o programa.

Os alunos que frequentaram o programa tinham uma média de idade de 10,3 (±0,8) anos tendo-se registado os valores extremos de 9 e de 15 anos; os alunos que não frequentaram o programa (ano lectivo 2005-2006) tinham uma média de idade ligeiramente superior de 10,7 (±0,9) anos correspondendo a um grupo etário entre os 10 e de 14 anos. Esta diferença da média das idades poderá estar relacionada com o momento da avaliação – as medições do grupo de controlo foram efectuadas no início do mês de Fevereiro; as medições do grupo experimental foram realizadas no mês de Novembro.

Foi medido o peso das mochilas de todos os alunos do 5.º ano. A pesagem foi realizada de modo a recolher informação sobre a carga da mochila que os alunos transportavam em cada dia da semana. No grupo de controlo, no primeiro momento, foi registado 3.722,8Kg de peso das mochilas; no segundo momento o registo foi de 3.323,2Kg. No grupo experimental foram feitas no primeiro momento 742 medições, perfazendo um total 3.252,6Kg de carga de mochilas. No ano lectivo seguinte, 2007-2008, as mochilas dos mesmos alunos foram de novo pesadas em 793 medições, perfazendo um total 3.160,7Kg de carga. Devido a ausência de alguns alunos nos momentos de medição, a percentagem de registos omissos em 2006-2007 foi de 4,9%; no ano seguinte a percentagem dos registos omissos cifrou-se em 2,7%.

Relativamente ao valor de referência do rácio peso da mochila/peso do corpo – 10%, foi analisada a distribuição dos alunos relativamente ao peso médio e peso máximo da mochila. Verificou-se que 60,8% dos alunos apresentavam um peso médio da mochila superior a 10% do peso do corpo. Além disso, e este é um aspecto que se considera muito preocupante, observou-se que 86,5% dos alunos, ou seja, quase nove em cada dez alunos, carrega pelo menos um dia por semana uma mochila pesando mais de 10% do peso do seu corpo.

Procurou-se determinar se os alunos mais leves estariam mais expostos que os seus outros colegas a cargas elevadas da mochila. Foi criado um grupo composto pelos alunos cujo peso corporal estava abaixo do percentil 25 (peso≤34Kg) que foi comparado com o grupo de colegas que tinham peso superior a 34Kg. A análise estatística confirmou-se existir diferenças significativas entre os dois grupos. O grupo de alunos de peso mais baixo é aquele que apresentava valores mais elevados de rácio peso máximo da mochila/peso do corpo (alunos de peso≤34Kg: 17,8%; restantes alunos : 12,9%; média de diferença: 4,8%; teste T: p=0,000; IC95%:3,6; 6,1), sugerindo que os alunos de baixo peso representam o grupo mais exposto a este factor de risco.

Modo de transporte da mochila ou bolsa escolar

A forma de transportar a mochila ou bolsa escolar afecta a função e a estrutura do tronco (Macias, Murthy, Chambers, & Hargens, 2005; O'Shea, Bettany-Saltikov, & Warren, 2006). Dados recentes e ainda não publicados do estudo de vigilância epidemiológica realizado pela equipa do autor deste estudo sugerem que, contrariamente ao peso da

mochila, a distância C7-mochila, por si só, não está associada com as queixas de dores nas costas nos adolescentes. Contudo, verificou-se que transportar a mochila pesada (>10% do peso do corpo) e descaída (C7-mochila >12cm) está associado a uma probabilidade maior de referir dores nas costas do que apenas transportar a mochila pesada . Portanto, a forma de colocar a mochila aos ombros é importante, principalmente quando o peso da mochila se situa perto ou acima dos 10% do peso do corpo. Como habitualmente seis em cada dez alunos transporta uma mochila pesando em média mais de 10% do peso do seu corpo, e como existem dias na semana em que esta situação ocorre em cerca de 90% dos alunos, a forma de colocar a mochila aos ombros assume importância relevante.

As mochilas um ano depois nos alunos que frequentaram o programa

Registou-se uma tendência geral para uma redução do peso da mochila, assim como do rácio peso da mochila/peso do corpo; neste último parâmetro a redução foi mais acentuada, pois, de um modo geral assistiu-se também a um aumento do peso do corpo correspondendo ao crescimento natural dos jovens nesta idade.

A tabela 1 apresenta os registos obtidos. A diferença registada entre os dois momentos é estatisticamente significativa (p<0,05).

Analisando o parâmetro distância C7-mochila verificamos que os alunos, no final do programa, passaram a colocar a mochila mais justa ao corpo. Contudo, e contrariamente ao desejado, registou-se um aumento de alunos que no início do ano lectivo de 2007 passou a usar a bolsa de transporte de material escolar com uma alça. Este aumento verificou-se entre as raparigas. No início do programa 5 rapazes usavam bolsas com uma alça; no ano seguinte esse número passou para 1. No sexo feminino registou-se um aumento de 5 para 13 no número de raparigas que, no ano lectivo seguinte, passaram a usar bolsa com uma alça.

Tabela 1. Variação dos valores entre o início e o fim do programa.

						Intervalo de Confiança (95%)	
Parâmetro	n	**2006** (média)	**2007** (média)	**Diferença** (2006-2007)	Desvio padrão da diferença	Limite Inferior	Limite Superior
Peso do corpo	133	42,3	46,0	-3,7	3,0	-4,3	-3,2
Peso médio da mochila	133	4,7	4,1	0,6	1,0	0,4	0,8
Rácio peso médio da mochila/peso do corpo	133	11,5	9,3	2,2	2,5	1,8	2,6
Peso máximo da mochila	133	5,8	5,2	0,7	1,3	0,4	0,9
Rácio peso máximo da mochila/peso do corpo	133	14,3	11,7	2,6	3,3	2,0	3,2
Distância C7-mochila	111	13,5	10,5	3,1	7,2	1,7	4,4

Procurou-se determinar se o grupo de alunos que transportava a mochila com um peso médio elevado modificava este comportamento no final do programa. Os dois grupos que foram comparados correspondem a: 1) Grupo 1 (n=121), alunos com peso médio da mochila inferior a 6Kg, representando 90% da amostra; 2) Grupo 2 (n=12) representando 10% dos sujeitos da amostra que no início do programa apresentava um peso médio da mochila superior a 6Kg. O grupo 2 que transportava mochilas mais pesadas reduziu no final do programa em cerca de 1,5Kg o peso médio da mochila. O resto da amostra, também reduziu o peso da mochila, mas esta redução foi menos acentuada (0,5Kg).

A mesma análise foi realizada para a condição do peso máximo da mochila. Neste caso voltou a verificar-se a mesma tendência. O grupo de alunos (n=14) com mochilas muito pesadas (peso>7,2Kg) reduziu de forma significativa este valor no ano lectivo seguinte; esta redução foi na ordem de 2,1Kg, um valor 4 vezes superior à redução verificada no resto da amostra (0,5Kg). Este facto revela-se de muita importância pelo impacto que tem ao nível das estruturas ósseas e tecidos moles do tronco, e é um indicador de alteração do comportamento dos jovens, em especial do grupo mais exposto ao risco.

Em relação à distância C7-mochila, procurou-se determinar se o grupo de alunos que colocava a mochila muito solta modificava este comportamento no final do programa. Os dois grupos que foram comparados correspondem a: 1) Grupo 1 (n=100), alunos que no primeiro momento apresentavam uma distância média de C7-mochila inferior a 24cm, representando 90% da amostra; 2) Grupo 2 (n=11) representando 10% da amostra que no início do programa apresentava uma distância média de C7-mochila superior a 24cm.

Os resultados revelam que o grupo 1 (mochilas mais ajustadas ao corpo) reduziu em 1,7cm a média de distância de C7-mochila (IC95%:0,5; 2,9): no início do programa tinha valores médios de 12,1cm e no final do programa apresentava valores de 10,4cm. No grupo 2 (mochilas mais descaídas) a redução foi muito evidente, na ordem dos 15,6cm, isto é, do valor médio inicial de distância de C7-mochila de 26,6cm passou, no final do programa, para o valor médio de 10,8cm (IC95%:12,6;18,5), aproximando-se do valor do resto dos colegas.

Esta evolução sugere uma mudança importante e significativa no comportamento dos jovens que passaram a ajustar melhor as mochilas às suas costas.

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PROGRAMA

Análise comparativa dos alunos que frequentaram o Programa "Se as Minhas Costas Falassem…" com alunos que não o frequentaram

A tabela 2 apresenta os valores iniciais (T1) e finais (T2) das observações registadas dos sujeitos destas duas amostras. Para facilidade de exposição o grupo de alunos que frequentou o programa é identificado pela letra "i", de intervenção; o grupo de alunos que não frequentou o programa é identificado pela letra "c", de controlo. É utilizada a letra "T" para designar o momento de observação, considerando-se "T1" o momento que corresponde à avaliação inicial dos dois grupos e "T2" o momento correspondente ao último registo. A última coluna – "T1-T2" – refere-se à diferença de valores observada entre o primeiro e o último registo para cada grupo. O tamanho da amostra identificado pela letra "n" corresponde às observações válidas nos dois momentos.

Tabela 2. Dados relativos aos alunos dos dois grupos (intervenção e controlo).

Parâmetro	Grupo	T	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	T1-T2
Peso do corpo (Kg)	i	T1	133	42,3	9,7	28,0	75,0	3,7
		T2	133	46,0	10,7	30,0	84,0	
	c	T1	146	42,9	10,8	26,5	77,0	5,1
		T2	146	48,0	11,6	27,5	84,0	
Peso médio da mochila (Kg)	i	T1	133	4,7	1,0	2,4	7,5	0,6
		T2	133	4,1	0,9	1,2	6,4	
	c	T1	146	4,8	1,0	2,0	8,8	0,4
		T2	146	4,4	0,9	2,2	7,3	
Peso máximo da mochila (Kg)	i	T1	133	5,8	1,2	2,9	9,0	0,7
		T2	133	5,1	1,1	1,5	8,5	
	c	T1	146	5,9	1,2	3,0	9,5	0,5
		T2	146	5,4	1,0	3,1	8,5	
Distância C7-mochila (cm)	i	T1	111	13,6	6,3	0,0	28,0	3,1
		T2	111	10,5	5,0	1,0	27,0	
	c	T1	121	15,5	6,5	1,0	30,0	-2,1
		T2	121	17,6	6,9	0,0	36,0	

A análise da tabela 2 informa-nos que em todos os parâmetros o grupo de controlo tem valores iniciais e finais ligeiramente mais elevados que o grupo de intervenção. Pela análise da coluna "T1-T2", regista-se, uma maior redução do peso da mochila no grupo de intervenção. Em relação à colocação da mochila nas costas, a diferença dos valores acentua-se entre os dois grupos do primeiro para o último registo: o grupo de intervenção passa a colocar a mochila mais ajustada ao corpo; o grupo de controlo, pelo contrário, apresenta um aumento dos valores da distância de C7-mochila, indicando que a mochila fica mais solta. A análise estatística revela não existirem diferenças significativas entre os grupos para os valores iniciais do peso da mochila; em relação à distância de C7-mochila essa diferença já é significativa no primeiro momento. No último momento, as diferenças significativas encontradas dizem respeito à distância de C7-mochila que se acentua (média de diferença: -6,8cm; teste T: p=0,000; IC95%:-8,3; -5,3), e ao peso médio da mochila, cuja redução é maior no grupo de intervenção (média de diferença: 0,3Kg; teste T: p=0,002; IC95%:-0,5; -0,1); relativamente ao peso máximo da mochila, o grupo de intervenção registou uma redução de 0,7Kg e o grupo de controlo reduziu 0,5Kg; a diferença de 0,2kg que se regista na comparação entre os grupos está no limiar da significância estatística (média de diferença: 0,2Kg; teste T: p=0,062; IC95%:-0,5; 0,0).

Numa análise comparativa global verificamos que os alunos que frequentaram o programa *"Se as Minhas Costas Falassem…"* reduziram mais que os colegas que o não frequentaram, tanto o peso médio como o peso máximo da mochila; no parâmetro distância C7-mochila a diferença entre os grupos foi ainda mais evidente.

Como já foi referido atrás, a avaliação da eficácia das acções de promoção da saúde não deve apenas limitar-se ao efeito global do programa na população intervencionada. Uma componente importante desta análise deve ser direccionada para o segmento da população mais exposto ao risco.

Numa análise preliminar, determinou-se que os alunos mais leves estavam mais expostos que os seus outros colegas a cargas elevadas da mochila. Assim, a análise

seguinte, compara o grupo de intervenção com o grupo de controlo neste segmento da população que corresponde aos alunos cujo peso corporal estava abaixo do percentil 25 (peso≤34Kg). As sub-amostras em causa são formadas por sujeitos do grupo de intervenção e do grupo de controlo e correspondem a 25% da população analisada. Os resultados são apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Dados dos alunos com peso inferior a 34Kg pertencentes aos dois grupos.

Parâmetro	Grupo	T	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	T1-T2
Idade (anos)	i	T1	34	10,1	0,6	9	12	1,0
	c	T1	36	10,4	0,7	10	12	1,0
Peso do corpo (Kg)	i	T1	34	31,9	1,9	28,0	34,0	2,8
		T2	34	34,7	2,7	30,0	39,5	
	c	T1	36	31,4	2,4	26,5	34,0	4,4
		T2	36	35,8	4,3	27,5	43,5	
Peso médio da mochila (Kg)	i	T1	34	4,5	0,9	2,5	6,8	0,6
		T2	34	3,9	1,0	1,2	6,0	
	c	T1	36	4,8	1,2	2,4	8,6	0,3
		T2	36	4,5	0,8	2,4	5,8	
Peso máximo da mochila (Kg)	i	T1	34	5,6	1,1	3,2	8,0	0,7
		T2	34	4,9	1,2	1,5	7,5	
	c	T1	36	5,9	1,3	3,0	9,5	0,4
		T2	36	5,5	1,0	3,5	7,2	
Distância C7-mochila (cm)	i	T1	32	10,8	5,8	0,0	28,0	1,7
		T2	32	9,1	5,1	1,0	23,0	
	c	T1	28	14,4	6,3	1,0	29,0	-1,4
		T2	28	15,8	6,7	0,0	26,0	

Nos valores iniciais registaram-se diferenças estatisticamente significativas na idade e na distância de C7-mochila: os alunos do grupo de intervenção eram em média 0,3 anos mais novos e colocavam a mochila mais justa ao tronco. No momento final, para além das diferenças atrás referidas, os dados indicam existirem também diferenças estatisticamente significativas no peso médio e máximo da mochila (p<0,05).

As diferenças encontradas entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo sugerem que os alunos de peso corporal mais baixo que frequentaram o programa *"Se as Minhas Costas Falassem..."* reduziram de forma mais acentuada tanto o peso médio como o peso máximo da mochila.

Em relação à distância de C7-mochila, as diferenças significativas que se verificavam no primeiro momento de observação acentuaram-se no último momento, indicando que os alunos que frequentaram o programa introduziram uma redução ainda maior daquela distância, contrariamente aos colegas que não frequentaram o programa.

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA PELOS DIRECTORES DE TURMA E ALUNOS

Sumariando os dados obtidos nos questionários aplicados aos Directores de Turma, verificou-se que a quase totalidade de respostas se situou nas categorias que avaliavam de forma positiva ou muito positiva o programa nos aspectos relacionados com os conteúdos utilizados, actividades realizadas, atitude e motivação dos alunos e impacto que o programa teve nos seus comportamentos.

Relativamente aos alunos, à pergunta "Gostaste do programa?", 63,2% dos alunos responderam "Gostei muito" e 36,8% afirmaram ter gostado do programa. À pergunta "Qual o aspecto que achaste mais importante do programa?", 16,3% dos alunos responderam "Fiquei a saber mais sobre as minhas costas" e 52,7% afirmaram ter ficado a "Saber como proteger as costas", 8,5%, referiram ter ficado a "Saber como escolher uma mochila" e 22,5% disseram ter ficado a "Saber como transportar bem a mochila".

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A evidência da eficácia é uma questão central dos programas de promoção da saúde (Lister-Sharp, Chapman, Stewart-Brown, & Sowden, 1999; Stewart-Brown, 2006). As dificuldades que são colocadas prendem-se com as metodologias de intervenção utilizadas, com a complexidade da realidade onde os programas são desenvolvidos e com as medidas de resultados, entre outros factores (Barnekow *et al*., 2006; Macfarlane, 2005; Stears, 1998; Weare, 1998; Young, 2004).

A utilização de uma amostra consecutiva pareceu-nos ser o melhor procedimento neste estudo. A opção pela aleatorização da amostra em dois grupos (intervenção e controlo) no mesmo ano lectivo, colocava várias questões, em primeiro lugar as questões éticas e de equidade, mas também criava-se o problema de contaminação pois seria difícil limitar a possibilidade de contacto e troca de informação e influência comportamental que os alunos naturalmente exercem entre si quando partilham o mesmo espaço. Assim, a amostra consecutiva assegura-nos estabilidade nas variáveis de contexto (ambiente escola) e do perfil da amostra (grau de ensino: 5.º ano de escolaridade). Além disso, a obtenção dos registos do grupo de controlo antes da implementação do programa anula qualquer efeito de contaminação, e as questões éticas não se colocam porque nesse ano lectivo o programa *"Se as minhas costas falassem…"* ainda não tinha sido concebido.

Este estudo não consegue provar a eficácia do programa nas competência cognitivas, uma vez que o grupo de controlo não foi submetido aos testes de conhecimento. Contudo, consideramos que este aspecto deve ser relativizado quando se trata de avaliar o comportamento humano pois é reconhecido que o saber e as atitudes são um fraco predictor do comportamento (Bagozzi & Kimmel, 1995; Bennett & Murphy, 1999; Lima, 1993; Manstead & Parker, 1995). A evolução positiva das competências cognitivas no grupo de intervenção abona em favor do programa. Estes resultados são reforçados também pelo mesmo efeito verificado em cerca de 660 alunos que nas Escolas do Concelho de Caldas da Rainha beneficiaram do mesmo programa implementado pela sua autora.

Pelas razões expostas podemos considerar que o programa *"Se as Minhas Costas Falassem…"* provou ser eficaz na redução dos factores de risco relacionados com as dores nas costas dos adolescentes, nos aspectos relacionados com a utilização de equipamento detransporte de material escolar. Reconhecemos que existem limites à redução do peso das mochilas, uma vez que não é possível eliminar os livros escolares no contexto actual. Provou-se que era mais fácil reduzir o comprimento das alças para ajustar a mochila ao tronco. Mas também o programa provou que, no grupo de alunos mais exposto aos factores de risco, a sua eficácia era mais evidente. Considera-se, porém que para uma redução ainda maior do peso excessivo das mochilas pode ser necessário a introdução de outras abordagens e o empenho constante de todos.

Assim, os principais aspectos a reter neste estudo são os seguintes:

Os alunos em geral transportam a mochila com excesso de peso.

Os alunos de baixo peso são os mais expostos a sobrecarga.

O programa de promoção da saúde *"Se as Minhas Costas Falassem…"* provou ter contribuído para uma redução do peso das mochilas, e de modo mais importante no grupo de alunos mais exposto ao risco.

O programa de promoção da saúde *"Se as Minhas Costas Falassem…"* provou ter contribuído para os alunos colocarem melhor a mochila às costas.

Por fim, deve ser realçado o envolvimento comunitário e o suporte que os orgãos dirigentes do Centro de Saúde e Escola deram que tornaram possível a realização deste programa de promoção da saúde. A todos Bem-haja!

REFERÊNCIAS

Bagozzi, R. P., & Kimmel, S. K. (1995). A Comparison of Leading Theories for the Prediction of Goal-Directed Behaviours. *British Journal of Social Psychology, 34*, 437-461.

Barnekow, V., Buijs, G., Clift, S., Jensen, B. B., Paulus, P., Rivett, D., *et al*. (2006). *Health-promoting schools: a resource for developing indicators*: International Planning Committee.

Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde* (J. Nogueira, Trans. 1.ª ed. Vol. 14). Lisboa: CLIMEPSI.

Brackley, H. M., & Stevenson, J. M. (2004). Are children's backpack weight limits enough? A critical review of the relevant literature. *Spine, 29*(19), 2184-2190.

Brattberg, G. (2004). Do pain problems in young school children persist into early adulthood? A 13-year follow-up. *European Journal of Pain, 8*, 187–199.

Burton, A. K. (2005). How to prevent low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 19*(4), 541–555.

Burton, A. K., Balagué, F., Cardon, G., Eriksen, H. R., Henrotin, Y., Lahad, A., *et al*. (2004). *Working Group on Guidelines for Prevention in Low Back Pain. European Guidelines for Prevention in Low Back Pain*.

Cardon, G., & Balague, F. (2004). Low back pain prevention's effects in schoolchildren. What is the evidence? *Eur Spine J, 13*(8), 663-679.

Chansirinukor, W., Wilson, D., Grimmer, K., & Dansie, B. (2001). Effects of backpacks on students: measurement of cervical and shoulder posture. *Australian Journal of Physiotherapy, 47*, 110-116.

Chow, D. H. K., Leung, K. T. Y., & Holmes, A. D. (2007). Changes in spinal curvature and proprioception of schoolboys carrying different weights of backpack. *Ergonomics, 50*(12), 2148–2156.

DGS. (2006). *Programa de Saúde Escolar Ano lectivo 2004/05: Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Escolar*. Lisboa.

Hignett, S., & McAtamney, L. (2000). Rapid entire body assessment (REBA). *Applied Ergonomics, 31*, 201-205.

Jones, G. T., Watson, K. D., Silman, A. J., Symmons, D. P., & Macfarlane, G. J. (2003). Predictors of low back pain in British schoolchildren: a population-based prospective cohort study. *Pediatrics, 111*(4 Pt 1), 822-828.

Jonsson, E. (2000). *Back Pain, Neck pain - An Evidence Based Review* (No. 145). Stockholm: SBU.

Korovessis, P., Koureas, G., Zacharatos, S., & Papazisis, Z. (2005). Backpacks, back pain, sagittal spinal curves and trunk alignment in adolescents: a logistic and multinomial logistic analysis. *Spine, 30*(2), 247-255.

Lima, M. L. P. d. (1993). Atitudes. In J. Vala (Ed.), *Psicologia Social* (pp. 167-199). Lisboa: Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbekian.

Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S., & Sowden, A. (1999). Health Promoting Schools and Health Promotion in Schools: two systematic reviews. *Health Techonology Assessment, 3*(22).

Macfarlane, A. (2005). *What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents?* : WHO Regional Office for Europe.

Macias, B. R., Murthy, G., Chambers, H., & Hargens, A. R. (2005). High contact pressure beneath backpack straps of children contributes to pain. *Arch Pediatr Adolesc Med, 159*(12), 1186-1187.

Manstead, A., & Parker, D. (1995). Evaluating and Extending the Theory of Planned Behaviour. *European Review of Social Psychology, 6*, 69-93.

Matos, M. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.

NBPA School Bag Survey '97 - findings and recommendations (National Backpack Association Newsletter). (1997). *Talkback, 3*, 3.

Negrini, S., Carabalona, R., & Sibilla, P. (1999). Backpack as a daily load for schoolchildren. *Lancet, 354*(9194), 1974.

O'Shea, C., Bettany-Saltikov, J. A., & Warren, J. G. (2006). Effect of same-sided and cross-body load carriage on 3D back shape in young adults. *Stud Health Technol Inform, 123*, 159-163.

Salminen, J. J., Erkintalo, M., Laine, M., & Pentti, J. (1995). Low back pain in the young. A prospective three-year follow-up study of subjects with and without low back pain. *Spine, 20*(19), 2101-2107.

Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research, 13*(1), 87-108.

Stears, D. (1998, 19-22 November). *Evaluation of the Health Promoting School: a paradigm shift and way forward.* Paper presented at the First workshop on practice of evaluation of the Health Promoting School - models, experiences and perspectives, Bern/Thun, Switzerland.

Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Vital, E., Melo, M. J., Nascimento, A. I., & Roque, A. (2007). A Força Muscular do Tronco e as Queixas de Raquialgias no Início da Adolescência. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto, 1*(1), 4-11.

Vital, E., Melo, M. J., Nascimento, A. I., & Roque, A. L. (2006). Raquialgias na Entrada da Adolescência: estudo dos factores condicionantes em alunos do 5.º ano. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 24*(1), 57-84.

Weare, K. (1998, 19-22 November). *The Health Promoting School - an overview of the concept, principles and strategies and the evidence for their effectiveness.* Paper presented at the First workshop on practice of evaluation of the Health Promoting School - models, experiences and perspectives, Bern/Thun, Switzerland.

Young, I. (2004, 19-22 November). *HPS indicators.* Paper presented at the Third workshop on practice of Health Promoting School - concepts, indicators and evidence, Sigriswil, Switzerland.

OS NÍVEIS DE ACTIVIDADE FÍSICA DAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO ENSINO SECUNDÁRIO

José Marmeleira[1], Nuno Aldeias[2] & Pedro Graça[3]

Resumo

Este estudo pretendeu analisar os níveis de actividade física (AF) das aulas de Educação Física (EF). A amostra foi constituída por 20 rapazes e 20 raparigas (17±1.2 anos), provenientes de 5 turmas de 3 escolas secundárias do distrito de Évora. Os níveis de AF foram avaliados durante 30 aulas de 90 min através de cardiofrequencímetros, pedómetros e escala de Borg. Os alunos passaram em média 29.4 min por aula em AF Moderada a Vigorosa e 9.01 min em AF Vigorosa. De um modo geral, os alunos percepcionaram como leve o esforço dispendido em EF. Os rapazes realizaram mais passos que as raparigas (p=0.016). Concluiu-se que: (i) as aulas de EF envolvem os alunos em baixos níveis de AF, (ii) o atletismo e os desportos colectivos são as matérias que implicam mais AF, (iii) o pedómetro parece ser um instrumento mais fiável que a escala de Borg na avaliação de níveis de AF.

Palavras-chave

Educação física; actividade física; saúde.

INTRODUÇÃO

Apesar das crianças e jovens representarem o segmento da população dos países desenvolvidos com um estilo de vida mais activo, é um facto que os seus níveis de actividade física (AF) têm diminuído gradualmente (Trudeau & Shephard, 2005). Os hábitos de prática de AF dos jovens estão actualmente aquém do que é considerado suficiente para promover benefícios ao nível da saúde (Cavill, Biddle, & Sallis, 2001; Sallis, 2000). Esta diminuição da AF parece ser um dos factores responsáveis pela tendência secular para menores níveis de aptidão aeróbica e para um aumento da massa gorda entre as crianças e jovens dos países desenvolvidos (Tomkinson, Léger, Olds, & Cazorla, 2003; Tremblay & Willms, 2000).

Em resposta a esta situação, várias entidades competentes no domínio da saúde e da educação têm recomendado que os programas da disciplina de Educação Física (EF) devem colocar maior ênfase no aumento dos níveis de AF da população jovem (e.g., *Centers for Disease Control and Prevention*, 1997; *US Department of Health and Human Services*, 2000). De facto, é reconhecido que um dos aspectos mais importantes da disciplina de EF é a promoção da saúde e aptidão física dos alunos (Duda & Ntoumanis, 2003; Sallis e Mckenzie, 1991; Trudeau & Shephard, 2005). Neste domínio, a disciplina de EF integra objectivos que respeitam a períodos de tempo diferenciados: a curto-prazo procura elevar os níveis de AF dos jovens através dos conteúdos das próprias aulas e do estímulo que representa nas opções dos tempos livres; num horizonte mais alargado, procura promover a adopção de estilos de vida activos e saudáveis (Duda & Ntoumanis, 2003).

Espera-se, portanto, que a EF contribua significativamente para que os jovens pratiquem um nível ideal de AF diária, uma vez que possibilita um contexto de

1. Departamento de Desporto e Saúde, Universidade de Évora. **jmarmel@uevora.pt**
2. Departamento de Desporto e Saúde, Universidade de Évora. **nunoaldeias@hotmail.com**
3. Escola EB2,3/S Cunha Rivara. **pedromiguelgraca@gmail.com**

participação em AF regular e estruturada (Simons-Morton, 1994). No entanto, subsistem dúvidas sobre a contribuição efectiva da disciplina de EF para a melhoria do nível da aptidão física e da saúde dos alunos (Michaud & Andres, 1990). Alguns estudos sugerem que frequentemente as aulas de EF envolvem baixas intensidades e baixos volumes de AF (McKenzie *et al*., 2001; Wang, Pereira, & Mota, 2004). Simultaneamente, outros estudos indicam que programas de EF bem estruturados são capazes de assegurar uma percentagem elevada do tempo das aulas dedicada à prática de AF intensa (McKenzie *et al*., 2004) e que são capazes de obter bons resultados ao nível da aptidão física dos alunos (Shephard & Lavallée, 1994).

Para perceber em que medida os jovens têm um estilo de vida suficientemente activo, é necessário considerar as recomendações internacionais sobre a prática de AF entre a população jovem. As mesmas diferem em função das organizações científicas ou governamentais responsáveis. O programa *Healthy People 2010* (*US Department of Health and Human Services*, 2000) aconselha 30 min de AF moderada diária ou 3 sessões semanais de AF vigorosa de 20 min de AF. Outros recomendam pelo menos 60 min diários de AF moderada a vigorosa (Cavill, Biddle, & Sallis, 2001; Pate, Trost, & Williams, 1998).

Em Portugal, pode-se considerar que a EF é uma disciplina importante no currículo escolar, uma vez que integra o plano de estudos dos alunos do 1.º ciclo (Expressão Físico-Motora) ao 12.º ano. A realidade do país em termos de prática de AF é, no entanto, pouco animadora, uma vez que apenas uma minoria dos jovens portugueses realiza o valor recomendado de 60 min diários de AF moderada/intensa (*Word Health Organization*, 2004).

Neste sentido, este estudo teve como principal objectivo analisar os níveis de AF dos alunos durante as aulas de EF do ensino secundário. Pretendeu, ainda, analisar as características de AF das aulas de EF em função do género e do tipo de matéria leccionada.

METODOLOGIA

Amostra

A amostra foi constituída por 40 alunos (20 raparigas e 20 rapazes) provenientes de cinco turmas do ensino secundário (10.º e 12.º anos) pertencentes a três escolas secundárias do distrito de Évora. Participaram no estudo 4 rapazes e 4 raparigas por turma. Na tabela 1 são apresentadas as principais características descritivas da amostra.

Tabela 1. Caracterização geral da amostra.

	Rapazes (n=20)		Raparigas (n=20)		Total da Amostra (n=40)				
Variável	Média (DP)		Média (DP)		Média (DP)		Min - Max		
Idade (anos)	17.0	(1.15)	17.1	(1.2)	17.0	(1.2)	16	-	20
Altura (m)	1.73	(0.1)	1.6	(0.1)	1.7	(0.1)	1.52	-	1.82
Peso (kg)	67.8	(8.1)	55.9	(4.7)	61.8	(8.9)	49	-	82
IMC (kg.m2)	22.7	(2.0)	21.1	(2.0)	21.9	(2.2)	17.7	-	27.7
FCrep (bpm)	80.0	(9.2)	88.4	(15.2)	84.2	(13.1)	60	-	114
FCmax (bpm)	186.7	(10.4)	185.5	(8.5)	186.11	(9.4)	164	-	203

Nota. IMC, índice de massa corporal; FCrep, frequência cardíaca de repouso; FCmax, frequência cardíaca máxima.

Procedimentos e Instrumentos

As escolas e encarregados de educação foram informados sobre os objectivos do estudo, tendo autorizado a sua realização. A recolha de dados decorreu durante as aulas de EF, numa das duas aulas semanais de 90 min. Cada turma foi observada ao longo de seis aulas, resultando num total de 30 aulas observadas. Antes da primeira utilização dos instrumentos de recolha de dados, foi explicado a todos os alunos a finalidade de cada um deles e os procedimentos correctos no seu uso.

Frequência cardíaca (FC), n.º de passos e percepção subjectiva de esforço

Para registo da FC foram utilizados cardiofrequencímetros (Polar team, Kempele, Finland). Este método de avaliação da FC tem mostrado ser uma medida válida para analisar padrões de AF em jovens (Freedson & Miller, 2000) e tem sido frequentemente utilizado na análise de aulas de EF (Stratton, 1995; Wang, Pereira, & Mota, 2004). Os cardiofrequencímetros foram colocados antes da instrução inicial do professor e foram retirados no final da mesma. O tempo total de aula foi equivalente ao tempo gravado no receptor da FC. A FC foi gravada de 5 em 5 segundos.

Para estudo da intensidade das aulas foi utilizado o método da FC reserva. Neste método a FC de repouso é subtraída à FC máxima, o que permite controlar as diferenças de género e idade, sendo recomendada para estimar a AF em jovens (Stratton, 1996). Foi determinada a FC repouso (valor mais baixo de FC registado durante um período de 10 minutos em posição de supino) e a FC máxima. Esta última correspondeu ao valor mais alto de FC obtido durante um teste progressivo de esforço maximal na passadeira ergométrica. Foi calculado o valor de 50% da FC reserva para cada aluno, valor a partir do qual a AF é considerada de intensidade moderada a vigorosa (AFMV; intensidade $\geq$ 50% da FC reserva) (Epstein *et al*. 2001; Stratton,1996). AFMV corresponde à intensidade mínima capaz de contribuir para a promoção da saúde (Biddle, Sallis, & Cavill, 1998). Os valores de AF com uma intensidade $\geq$75% da FC reserva foram considerados de intensidade vigorosa (AFV), representando a intensidade de AF capaz de estimular melhorias na aptidão cardio-respiratória (Morrow & Freedson, 1994).

Os Pedómetros (New Lifestyles Digi-Walker SW-200) são detectores mecânicos e electrónicos do movimento e são instrumentos bastante utilizados para avaliar os níveis de AF, sendo práticos e fiáveis (Bassett, Ainsworth, & Leggett, 1996; Sequeira, Rickenbach, Wietlisbach, Tullen, & Schutz, 1995). No presente estudo foram utilizados para estimar o número de passos dados em cada sessão. O dispositivo foi colocado na zona da cintura, no elástico dos calções ou calças, após os alunos se equiparem e foi retirado imediatamente após o final das aulas.

A Escala de Borg é o instrumento mais utilizado para a avaliação da percepção subjectiva de esforço (Borg, 1998). Esta constitui um indicador de intensidade de esforço e tem assumido crescente popularidade no âmbito da prescrição de exercício (Dunbar, Kalinski, & Robertson, 1996). Neste estudo foi utilizada a versão de 6-20 pontos da escala de Borg.

Análise estatística

A normalidade da distribuição das variáveis foi testada através do teste *Kolmogorov-Smirnov*. Para caracterizar os níveis de AF foi efectuada uma análise descritiva dos dados. Posteriormente, através do teste *t-Student* foram comparadas as principais variáveis estudadas em função do género. O mesmo tipo de análise comparativa foi efectuada para as diversas tipologias de AF utilizando-se os testes *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*. Neste último caso foram consideradas 4 tipos de AF: ginástica (Gin), aptidão física (AptF), desportos colectivos (DC) e atletismo (Atl). Nesta análise apenas foram consideradas as aulas em que foi leccionada exclusivamente uma das tipologias de matéria.

Com o intuito de estudar as correlações entre as variáveis foi utilizado o teste de *Pearson*. Todos os dados são apresentados como Média (Desvio Padrão), excepto quando referido. Utilizou-se o programa SPSS 15.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) e foram considerados significativos os testes com o valor $p < 0.05$.

Resultados

Na tabela 2 são apresentados os resultados das principais variáveis relacionadas com os níveis de AF das aulas de EF. Destaca-se o tempo reduzido que os alunos passaram em AFMV (29.4 ± 11.5 min) e em AFV (9.01 ± 5.6 min). Através da escala de Borg constatou-se que, de um modo geral, os alunos consideraram como leve (11.6 ± 9.0 pontos) a intensidade das aulas de EF. Quando comparados com as raparigas, os rapazes efectuaram mais passos durante as aulas (p=.016) e obtiveram melhores classificações académicas na disciplina no período lectivo anterior ao estudo (p=.001).

Tabela 2. Dados dos indicadores relacionados com os níveis de AF das aulas de EF. Resultados apresentados por género e para a totalidade da amostra

	Rapazes (n=20)		Raparigas (n=20)		Amostra (n=40)				
Variável	Média (DP)		Média (DP)		Média (DP)		Min-Max		
FC média (bpm)	134.3	(13.6)	136.4	(14.0)	135.3	(13.7)	105	-	157
Tempo em AFMV (min)	27.7	(11.4)	31.1	(11.6)	29.4	(11.5)	8.6	-	47.6
Tempo em AFMV (%)1	47.0	(18.3)	54.9	(17.8)	51.0	(18.3)	16.4	-	81.7
Tempo em AFV (min)	8.4	(5.1)	9.8	(6.0)	9.01	(5.6)	0.3	-	22.0
Tempo em AFV (%)1	14.3	(8.3)	17.1	(9.9)	15.7	(9.2)	1.1	-	35.3
Escala de Borg (pontos)	11.3	(1.5)	11.9	(1,3)	11.6	(1.4)	9.0	-	16
Pedómetro (n.º de passos)	3428	(658)	2919	(719)*	3174	(728)	1651	-	4671
Nota de EF último período	15.2	(1.5)	13.7	(1.4)**	14.5	(1.6)	10.0	-	18.0

[1]Em relação ao tempo efectivo da aula. *$p < 0.05$ em relação aos rapazes; **$p < 0.01$ em relação aos rapazes

Foram estudadas as associações entre as principais variáveis, tendo sido encontradas diversas correlações significativas (tabela 3). Destaca-se a correlação positiva moderada entre o n.º de passos registado pelo pedómetro com o tempo em AFMV (r=0.584; p<0.001) e com o tempo em AFV (r=0.557, p<0.001). A escala de Borg apresentou uma correlação positiva moderada com o tempo em AFV (r=0.429, p=0.003).

Tabela 3. Nível de associação entre as principais variáveis estudadas.

Variável	1	2	3	4
1. AFMV (min)	-			
2. AFV (min)	0.893**	-		
3. Escala de Borg (pontos)	0.260	0.429**	-	
4. Pedómetro (n.º passos)	0.584**	0.557**	0.146	-
5. Mets Semanais1	0.043	-0.080	-0.124	0.042

**p<0.05; **p<0.01*
1Equivalente metabólico calculado através do International Physical Activity Questionnaire

Os gráficos 1, 2, 3 e 4 apresentam as características da AF das aulas de EF em função do tipo de actividade leccionada. O Atl foi a matéria associada a maiores níveis de AF durante as aulas, logo seguido pelos DC. As aulas de AptF e de Gin foram aquelas que

registaram os valores mais baixos na maioria das variáveis estudadas.

Gráficos 1, 2, 3 e 4. Comparação dos níveis de AF por tipo de matéria da disciplina de EF.

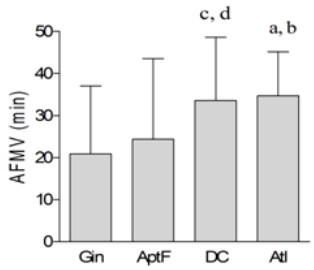


Gráfico 1.

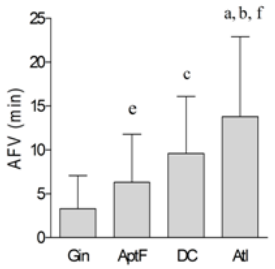


Gráfico 2.

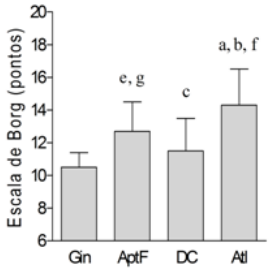


Gráfico 3.

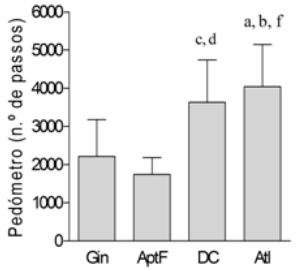


Gráfico 4.

Para todos os gráficos, diferenças significativas (p<0.05):
a) Atl > Gin b) Atl > AptF c) DC > Gin d) DC > AptF
e) ApF > Gin f) Atl > DC g) AptF > DC

DISCUSSÃO

Neste estudo foram utilizados 3 indicadores (FC, escala de Borg e n.º de passos) para analisar os níveis de AF das aulas de EF do ensino secundário. Os valores de FC são normalmente os utilizados para comparar a prática de AF dos jovens com as recomendações internacionais. O seu uso em EF pode ajudar a perceber qual o contributo actual da disciplina para a quantidade (e qualidade) de AF diária e semanal.

A partir da FC foram encontrados níveis de AFMV relativamente baixos nas aulas de EF, o que vai ao encontro a outros trabalhos realizados dentro da mesma temática (Fairclough, 2003b; McKenzie, Marshall, Sallis, & Conway, 2000; Strand & Reeder, 1993). Os alunos estiveram envolvidos em AFMV cerca de 29.4 min, ou seja, cerca de um terço da duração prevista nos horários escolares para cada aula de EF, e menos de metade do tempo diário recomendado para a promoção da saúde em jovens (Cavill, Biddle, & Sallis, 2001). De referir que os alunos pareceram percepcionar esta realidade, uma vez que, segundo a escala de Borg, e de um modo geral, consideraram leve o esforço dispendido na disciplina.

O tempo em AFV ao longo das aulas de EF foi marcadamente baixo (9.01 min por sessão). Considerando que no ensino secundário é frequente em muitas escolas a leccionação de apenas duas aulas (de 90 min) de EF por semana, tal valor parece insuficiente para se obterem ganhos na aptidão cardio-respiratória dos alunos.

É de referir que os dados recolhidos tiveram uma variação considerável na sua distribuição pela amostra, como se pode confirmar pelos valores de desvio padrão (tabela

2). Esta variação elevada nos níveis de actividade reflecte a influência dos factores contextuais e pedagógicos específicos da EF (e.g., objectivos da aula, conteúdos, clima e estilos de ensino) (McKenzie *et al*., 2001; Stratton, 1996).

Torna-se evidente, face ao panorama encontrado, que as aulas de EF não estão a conseguir contribuir de forma decisiva para a obtenção dos níveis recomendados de AF entre os jovens. Para além de reformulações ao nível das estratégias e programas curriculares da disciplina (McKenzie *et al*., 2001), o aumento do tempo consagrado à AF também deverá ser conseguido através do aumento da actividade regular fora da aula de EF (McKenzie, Marshall, Sallis, & Conway, 2000). Infelizmente, em Portugal os índices de prática desportiva extracurricular dos alunos são muito baixos (Marivoet, 2001).

Ao contrário de outros estudos (Mota, 1994; Parish & Treasure, 2003; Stratton, 1997), através da análise da FC não foram encontradas diferenças significativas entre os géneros quanto ao tempo dispendido em AFMV e AFV. No entanto, a partir dos resultados dos pedómetros é possível concluir que os rapazes efectuaram maiores distâncias durante as aulas. Esta aparente contradição terá justificação no facto dos rapazes apresentarem, presumivelmente, um nível superior de aptidão física em relação às raparigas, pelo que as maiores distâncias percorridas não têm correspondência directa no aumento da carga interna (FC). Futuros estudos deverão confirmar isto.

Em termos de análise da tipologia da AF, constatou-se que o Atl promoveu os níveis mais elevados de AFMV e AFV. Pela observação das aulas foi possível perceber que a corrida esteve presente na maioria dos conteúdos abordados nesta matéria. Da mesma forma, foram registados níveis elevados de AF durante os DC, o que está de acordo com as conclusões de outras investigações (Fairclough, 2003a; Strand & Reeder, 1993). É de referir que, normalmente, os DC preenchem grande parte dos currículos de EF (Fairclough & Stratton, 1997).

A Gin foi a matéria que apresentou níveis mais baixos de AFMV e AFV, o que também está em conformidade com outros estudos (Stratton, 1997; Fairclough, 2003a). O facto de os alunos terem percepcionado subjectivamente a Gin como a matéria que menos esforço exigiu, corrobora os baixos níveis de intensidade de AF antes referidos para a mesma. A AptF apresentou valores elevados de percepção subjectiva de esforço, não obstante a ideia de matéria relacionada com menores níveis de AF, implícita nos baixos valores expressos pelos outros indicadores utilizados (FC e Pedómetro). Tal poderá dever-se às características do treino da AptF, exigindo frequentemente dos alunos esforços de intensidade elevada mas de duração relativamente curta (e.g., treino da força).

No que concerne a medidas de associação entre os dados provenientes dos três instrumentos de análise utilizados, o pedómetro revelou um nível de correlação moderado com as variáveis de FC (AFMV e AFV). A escala de Borg apresentou uma associação significativa moderada (e um pouco mais baixa) apenas com a AFV. Tomando como referência os resultados obtidos a partir dos cardiofrequencímetros (AFMV e AFV), o pedómetro parece ser mais fiável que a escala de Borg na caracterização dos níveis de AF dos jovens num contexto de aula de EF. Considerando, também, o baixo custo e facilidade de utilização (Bassett, Ainsworth, & Leggett, 1996) revela-se um instrumento apropriado para ser utilizado no contexto escolar em EF.

O presente estudo pretendeu contribuir para o conhecimento da realidade portuguesa quanto aos níveis de AF das aulas de EF do ensino secundário. Neste âmbito, sugere-se a expansão desta investigação, recorrendo-se a amostras mais amplas e à análise de um maior número de aulas. Futuras investigações devem também incluir a avaliação da aptidão física dos alunos.

Conclui-se que, na população jovem estudada, a disciplina de EF se caracterizou

por envolver os alunos em níveis baixos de AF. Os alunos percepcionaram como leve o esforço dispendido em EF. No contexto escolar estudado, como alternativa ao cardiofrequencímetro, o pedómetro parece ser um instrumento mais fiável do que a escala de Borg para análise dos níveis de AF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bassett, D.R., Ainsworth, B.E., & Leggett, S.R. (1996). Accuracy of five electronic pedometers for measuring distance walked. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 28*(8): 1071-1077.

Biddle, S., Sallis, J., & Cavill, N. (1998). Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. In: Biddle. S., Sallis, J., & Cavill, N. (eds). *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity- Evidence and implications*. London: Health Education Authority.

Borg, G. (1998). *Borg´s perceived exertion and pain scales*. Champaign: Human Kinetics.

Cavill, N., Biddle, S. J. H., & Sallis, J. F. (2001). Health enhancing physical activity for young people: Statement of the United Kingdom expert consensus conference. *Pediatric Exercise Science, 13,* 12-25.

Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 46*(RR-6), 1-36.

Duda, J.L., & Ntoumanis, N. (2003). Correlates of achievement goal orientations in physical education. *International Journal of Educational Research*, 39, 415-436.

Dunbar, C., Kalinski, M., & Robertson, R. (1996). A new method for prescribing exercise: Three point ratings of perceived exertion. Perceptual & motor skills, 82, 139-146.

Epstein, L. H., Paluch, R. A., Kalakanis, L. E., Goldfield, G. S., Cerny, F. J., & Roemmich, J. N. (2001). How much activity do youth get? A quantitative review of heart-rate measured activity. *Pediatrics, 108*, e44.

Fairclough, S., & Stratton, G. (1997). Physical education curriculum and extra-curriculum time: a survey of secondary schools in the north-west of England. *British Journal of Physical Education, 28*, 21-24.

Fairclough, S. (2003a). Physical activity levels during key stage 3 physical education. *British Journal of Teaching Physical Education, 34*, 40-45.

Fairclough, S. (2003b). Physical activity, perceived competence and enjoyment during high school physical education. *European Journal of Physical Education, 8*, 5-18.

Freedson, P.S., & Miller, K. (2000). Objective monitoring of physical activity using motion sensors and heart rate. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 71*(Suppl.), S21-S29.

Marivoet, S. (2001). *Hábitos desportivos da população portuguesa*. Lisboa: Centro de estudos e formação desportiva.

McKenzie, T.L., Marshall, S.J., Sallis, J.F., & Conway, T.L. (2000). Student activity levels, lesson context and teacher behavior during middle school physical education. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 71*, 249-259.

McKenzie, T.L., Sallis, J.F., Prochaska, J.J., Conway, T.L., Marshall, S.J., & Rosengard, P. (2004). Evaluation of a two-year middle-school physical education intervention: M-Span. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 36*(8),1382-1388.

McKenzie, T.L., Stone, E.J., Feldman, H.A., Epping, J.N., Yang, M., Strikmiller, P.K., *et al* (2001). Effects of the CATCH physical education intervention: Teacher type and lesson. *American*

Journal of Preventive Medicine, 21, 101-109.

Michaud, T.J., & Andres, F.F. (1990). Should physical education programs be responsible for making our youth fit? *Journal of Physical Education, Recreation and Dance, 61*, 32-35.

Morrow, J. & Freedson, P. (1994). Relationship between habitual physical activity and aerobic fitness in adolescents. *Pediatric Exercise Science, 6*, 315-329.

Mota, J. (1994). Children's physical education activity, assessed by telemetry. *Journal of Human Movement Studies, 27*, 245–250.

Parish, L.E., & Treasure, D.C. (2003). Physical activity and situational motivation in physical education: influence of the motivational climate and perceived ability. *Research Quarterly for Exercise and Sports, 74*(2), 173-82

Pate, R., Trost, S., & Williams, C. (1998).Critique of existing guidelines for physical activity in young people. In: Biddle, S., Sallis, J., & Cavill, N. (eds). *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity - Evidence and implications*. London: Health Education Authority.

Sallis, J.F. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 32*(9),1598-600.

Sallis, J.F., & McKenzie, T.L. (1991). Physical education's role in public health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *62*, 124-137.

Sequeira, M.M., Rickenbach, M., Wietlisbach, V., Tullen, B., & Schutz, Y. (1995). Physical activity assessment using a pedometer and its comparison with a questionnaire in a large population survey. *American Journal of Epidemiology, 142* (9), 989-99.

Shephard, R.J., Lavallée, H. (1994). Impact of enhanced physical education on muscle strength in the prepubescent child: Trois Rivieres revisited. *Pediatric Exercise Science, 6*, 75-87.

Simons-Morton, B.G. (1994). Implementing health-related physical education. In Pate, R.R., & Hohn, R.C. (eds), *Health and Fitness Through Physical Education* (pp. 137-146). Champaign, IL: Human Kinetics.

Strand, B., & Reeder, S. (1993). Analysis of heart rate levels during middle school physical education activities. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance, 64*, 85-91.

Stratton, G. (1997). Children's heart rates during British physical education lessons, *Journal of Teaching in Physical Education, 16*, 357-367.

Stratton, G. (1996). Children's heart rates during physical education lessons: a review. *Pediatric Exercise Science*, 8, 215-233.

Stratton, G. (1995). Targeting Dynamic Physical Activity in Physical Education Lessons. *Bulletin of Physical Education*, 31, 6-13.

Tomkinson, G.R., Léger, L.A., Olds, T.S., & Cazorla, G. (2003). Secular trends in the performance of children and adolescents (1980–2000): An analysis of 55 studies of the 20 m shuttle run in 11 countries. *Sports Medicine, 33*, 285-300.

Tremblay, M.S., & Willms, J.D. (2000). Secular trends in the body mass index of Canadian children. *Canadian Medical Association Journal, 163*(11), 1429-1433.

Trudeau, F., & Shephard R.J. (2005). Contribution of school programmes to physical activity levels and attitudes in children and adults. *Sports Medicine*, 35(2):89-105.

US Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010* (conference edition, two volumes). Washington DC: Dept Health and Human Services.

Wang, G.Y., Pereira, B. & Mota, J. (2004). Indoor physical education measured by heart rate moni-

tor. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 44*, 1-7.

World Health Organization (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. *Health Policy for Children and Adolescents , 4.*

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

ALIMENTAÇÃO

A CRIANÇA DO SÉCULO XXI: HÁBITOS, COMPORTAMENTOS E PERCEPÇÕES EM AMBIENTE ESCOLAR

Andreia Carlos[1] & Ana Rito[2]

Resumo

A literatura tem vindo a evidenciar ambientes obesogénicos que conduzem a estilos de vida infantis pouco saudáveis. O ambiente escolar tem, por si só, uma forte influência nesta questão e a interacção e complexidade dos comportamentos infantis quer em relação à alimentação, quer em relação a hábitos mais sedentários quer ainda nos aspectos psico-sociais desta questão ainda estão por esclarecer. Este estudo avaliou 121 crianças (58,7% do sexo masculino) com idades entre os 6 e os 11 anos. A prevalência de excesso de peso foi de 19,8% e de obesidade de 12,4% (pontos de corte do CDC) sendo maior nas raparigas e crescente com a idade. A prática de actividade física revelou-se insuficiente (<60 min. diários), principalmente nas crianças mais velhas, contudo, as crianças gostam de praticar Educação Física e associam-na a uma parte divertida dos seus dias. As percepções das crianças relativamente ao seu peso corporal nem sempre corresponderam ao peso real. Os comportamentos sociais de *bullying* eram frequentes e impulsionadores de reacções agressivas para com os colegas.

Palavras-chave

Obesidade; actividade física; percepções.

INTRODUÇÃO

A fome fisiológica torna-se, ao longo do tempo, um apetite moldado pelo ambiente cultural envolvente.[i] É a cultura que define o que se deve ou não comer e qual a ordem e composição das refeições.[i] Criam-se hábitos alimentares fortemente enraizados, ao longo de várias gerações, sujeitos a constante evolução.[i] A literatura tem vindo a mostrar que estratégias publicitárias de produtos alimentares afectam as preferências alimentares das crianças, promovendo comportamentos e consumo.[i, ii] A quantidade de tempo dispensado em frente a um televisor é um importante preditor das reacções cognitivas, comportamentais e físicas das crianças, incluindo o desempenho escolar. Ainda neste conjunto de variáveis relacionadas com a obesidade podemos encontrar questões como a criação de estigmas (*bullying)* e estatutos entre os colegas.[iii, iv] As crianças obesas tendencialmente apresentam uma baixa auto-estima, um fraco bem-estar psicológico, queixas psicossomáticas frequentes e pouca satisfação com a vida.[v] Alguns estudos verificaram que sintomas depressivos e o baixo rendimento escolar estão associados a comportamentos sedentários prolongados.[vi]

Todas estas inferências partem do princípio de que o tempo gasto a ver televisão interfere com o tempo que a criança poderia gastar em outras actividades mais apropriadas ao seu desenvolvimento.[iii] As crianças e os adolescentes são particularmente vulneráveis às mensagens que passam na televisão, que influenciam as suas percepções e comportamentos, relativamente às escolhas e quantidades de alimentos consumidos.[vii, ii] Muitas das crianças com menor idade, não conseguem discriminar o que vêem na televisão da realidade.[vii] Contudo, segundo Hastings *et al*, existe pouca evidência que demonstre que a influência da promoção de alimentos, de elevada densidade energética

1. Universidade Atlântica. **andreia.carlos@gmail.com**
2. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge

e de baixo valor nutricional, no comportamento alimentar das crianças, seja superior ou inferior a outros factores.[ii] A publicidade pode influenciar as crianças, mas essa influência pode ser positiva ou negativa.[ii] Por exemplo, em países como o Canadá e a Suécia, há mais de uma década que a publicidade às crianças foi eliminada contudo, a prevalência de obesidade infantil não diminuiu.[ii] Este estudo tem como objectivo descrever os estilos de vida das crianças do Ensino Básico nomeadamente, hábitos alimentares de pequenas refeições, prática de actividade física, comportamentos, percepções e *bullying*.

METODOLOGIA

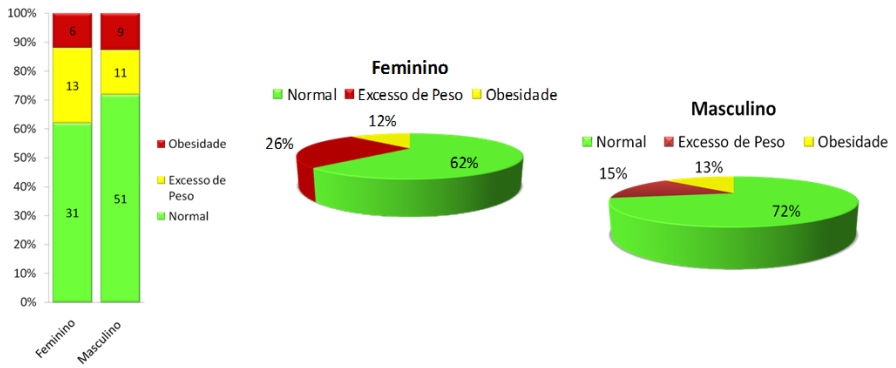
O estudo teve início em Outubro de 2007 e terminou em Junho de 2008. A população inicial compreendia 139 crianças do 1.º ao 4.º ano do ensino básico, distribuídos por 8 turmas, do Colégio Bissaya Barreto (Fundação Bissaya Barreto), em Coimbra. Foram avaliadas 121 crianças com parâmetros antropométricos de peso, altura e perímetro da cintura e foram aplicados 118 questionários a todas as crianças (exclusão de 3 crianças: 2 por problemas de audição e 1 por não querer participar) e entregues 121 questionários aos pais correspondentes. Dos pais obtiveram-se apenas 75 questionários. Os questionários às crianças foram aplicados sob a forma de inquérito, sempre preenchidos pelo mesmo inquiridor, já que o estudo se reveste de subjectividade, uma vez que as questões são abertas. Todos os comentários da criança foram registados, juntamente com as suas respostas.

As medições antropométricas foram feitas com base na metodologia de Rito[ix]. Os critérios utilizados para a classificação do estado nutricional, consideraram o IMC em relação aos Percentis 85 e 95 das tabelas do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)[x] sendo valores superiores aqueles percentis, excesso de peso e obesidade, respectivamente.

RESULTADOS

A amostra de 121 crianças, compreendeu 50 crianças do sexo feminino (41,3%) e 71 do sexo masculino (58,7%) e as idades variavam entre os 6 e os 11 anos. A percentagem obtida de excesso de peso e obesidade neste grupo de crianças foi de 32%, *i.e.* 19,8% com excesso de peso (P85 ≤ IMC ≥ P95) e 12,4% com obesidade (IMC ≥ P95), verificando-se uma tendência crescente com a idade.

Ilustração 1. Prevalência de excesso de peso de obesidade - Sexo feminino e Sexo masculino



HÁBITOS ALIMENTARES DE PEQUENAS REFEIÇÕES

A maioria das crianças (53,7%) foi amamentada durante mais de 6 meses (14,9%) e o 1.º alimento introduzido foi a Fórmula láctea (leite em pó: 23,1%). 92,6% das crianças tomava o pequeno-almoço todos os dias, informação que foi confirmada pelas respostas dos pais. O pequeno-almoço mais frequente era composto por leite (78,5%) e cereais (54,5%). Os cereais de eleição foram os cereais *Chocapic*® (25,6%) seguidos das *Estrelitas*® (18,2%). Nos intervalos escolares, a maioria das crianças referiu comer bolos e bolachas (71,9%) e 24% afirmou comer chocolates e doces. Ao deitar, 28,1% das crianças escolheram o leite como bebida de eleição para a ceia.

ACTIVIDADE FÍSICA

No geral, as crianças deslocavam-se maioritariamente de carro, 96,7% praticava aulas 1 hora de Educação Física na escola, duas vezes por semana, excepto as do 4.º ano que praticam apenas uma vez por semana. 44,6% das crianças gostava de ter aula de Educação Física, 5 ou mais vezes por semana. 83,5% das crianças tinha um desporto favorito, sendo o Futebol e a Natação os desportos de eleição e a sua pratica mais frequente era 2 vezes por semana. Mais de metade das crianças não praticava desporto fora da escola (50,4%), sendo a Natação (19%) o desporto mais praticado fora da escola, durante 1 hora.

Na escola e nos períodos de recreio 68,6% das crianças jogavam futebol maioritariamente em 1 dia da semana. No entanto, 81,1% referiram andar de bicicleta 2 dias por semana (32,2%), e 90,1% faziam caminhadas, em apenas 2 dias por semana (37,2%).

PERCEPÇÕES, COMPORTAMENTOS E *BULLYING*

Foram apresentadas algumas marcas de produtos alimentares sendo a *Coca-Cola*® a mais reconhecida pelas crianças (95,9%) e quando questionadas sobre o que era este produto as crianças identificaram-na como: "Bebida" (42,1%), "Bebida com gás" (16,5%), "Refrigerante" (10,7%). Outras designações para esta marca foram: "Bebida que só se deve beber às vezes", "Bebida alcoólica", "Bebida que se tiver muito gás faz os ossos moles", "Bebida com gás e cafeína".

A maioria das crianças referiu fazer algum tipo de "*snack*" enquanto via televisão, sendo que 88,4% e o que mais referiram comer foram bolos e bolachas (54,5%).

34,7% das crianças afirmou "andar à bulha" ou os colegas terem-lhe batido "algumas vezes", assim como a maioria (37,2%) afirmou que lhes costumavam chamar nomes maldosos "algumas vezes".

Tabela 1. Percepções e comportamentos dos pais quanto ao peso da criança e percepções da criança relativamente ao seu peso, comparadas com a classificação real do peso da criança.

Classificação do peso da Criança					
		Normal(n)	Excesso de Peso (n)	Obesidade (n)	Total (n)
Os Pais costumam pedir à criança para comer mais ou menos?	Sim, mais	23	1	0	24
	Sim, menos	4	7	10	21
	Não	21	7	1	29
	Missing	0	1	1	2
	Total	48	16	12	76
Qual é a opinião dos pais relativamente à criança	Magrinha	3	0	0	3
	Normal	32	7	1	40
	Um bocadinho gordinha	0	5	8	13
	Gordinha	0	2	2	4
	Missing	13	2	1	16
	Total	48	16	12	76
Como é que a criança se considera relativamente ao seu peso?	Magrinha	23	2	0	2
	Normal	42	9	4	5
	Um bocadinho gordinha	13	12	8	33
	Gordinha	1	1	3	5
	Total	79	24	15	118

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A prevalência de excesso de peso e obesidade destas crianças é semelhante às prevalências encontradas a nível nacional, em várias regiões do continente.[viii]

A prevalência de excesso de peso foi superior nas raparigas e inferior nos rapazes, enquanto a prevalência de obesidade foi ligeiramente superior nos rapazes (13%), comparativamente com as raparigas (12%), o que está de acordo com a literatura.[viii]

A prática de actividade física revela-se insuficiente, principalmente nas crianças mais velhas. As actividades mais praticadas são maioritariamente em apenas dois dias por semana. Contudo as crianças gostam de praticar Educação Física e associam-na a uma parte divertida dos seus dias.

As percepções das crianças não correspondem completamente à realidade relativamente ao seu peso, assim como a dos seus Pais. Os comportamentos sociais de *bullying* são frequentes e impulsionadores do isolamento social ou de reacções agressivas para com os colegas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos antropológicos indicam que hoje, somos mais sedentários do que em qualquer momento da evolução da história.[ii] É o sedentarismo que a vida moderna caracteriza que representa o verdadeiro extremo.[ii]

Todo o envolvimento social e cultural do indivíduo influencia o seu comportamento alimentar, sendo o papel da unidade familiar fundamental durante a infância e adolescência.[i]

O papel das escolas, no sentido de promover um estilo de vida saudável e mais

activo, precisa de mais ênfase.[ii] Para além disso, o ênfase que é atribuído à competição e desempenho desportivo, exclui mais as crianças que são menos fisicamente dotadas e diminui a importância da prática regular de actividade física relativamente à saúde.[ii]

BIBLIOGRAFIA

(i) Rodrigues SS, Cardoso SM, Almeida MDV de. (2000). Hábitos Alimentares: Conceitos e Práticas – Continuidade e Mudança ente Gerações. *Revista de Alimentação Humana, Orgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação*, 6 (3) pp. 153-163.

(ii) Ashton D. (2004). Food advertising and childhood obesity. *Journal of The Royal Society of Medicine.* 97 (2), 51-52.

(iii) Vanderwater E.A., Bickham D.S., Lee J.H. (2006). "Time Well Spent? Television Use to Children's Free-Time Activities". *Pediatrics.* 117, e181-e191.

(iv) Jordan A.B., Hersey J.C., McDivitt J.A., Heitzler C.D. (2006) "Reducing Children's Television-Viewing Time: A qualitative Study of Parents and Their Children." *Pediatrics*, 118, e1303-0732.

(v) Bar-on ME. (1999). Turning off the television. *BMJ*, 318:1152.

(vi) Norman GJ, Schmid BA. (2005). Psychosocial and Environmental Correlates of Adolescent Sedentary Behaviors. *Pediatrics*, 116:908-916.

(vii) Committee on Public Education. (2001). Children, Adolescents and Television. *American Academy of Pediatrics*. 107, 423-426.

(viii) Moreira, P. (2007). Overweight and obesity in Portuguese children and adolescents. *J Public Health,* 15:155-161.

(ix) Rito A. (2004). Estado Nutricional de Crianças e Oferta Alimentar do Pré-escolar de Coimbra, Portugal, 2001. *Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro.

(x) CDC (Center for Disease Control and Prevention): 2000 Growth Charts: United States. Disponível em URL: http://www.cdc.gov/growthcharts (acedido em Julho de 2008).

ALIMENTAÇÃO, ESTILOS DE VIDA E ACTIVIDADE FÍSICA EM IDADES PEDIÁTRICAS

Maria Raquel Silva[1]

Resumo

As atletas praticantes de desportos que exigem graciosidade e técnica (por exemplo: a Ginástica Rítmica e a Ginástica Artística) estão sob uma grande pressão para exibirem um corpo magro e esbelto. O principal objectivo deste trabalho foi avaliar a ingestão nutricional de ginastas do sexo feminino [n= 36; 11,8 (2,8) anos] durante a época desportiva. Foram recolhidas informações relativas ao treino desportivo e dados antropométricos e nutricionais. Utilizou-se a média e o desvio-padrão, e o teste Kolmogorov-Smirnov para a análise da distribuição normal dos dados antropométricos e nutricionais. O tratamento estatístico realizou-se com recurso ao programa informático SPSS, versão 15,0. O peso e a estatura foram avaliados, tendo-se calculado o índice de massa corporal (IMC). As ingestões energética e nutricional foram estimadas a partir da aplicação de um diário alimentar de 3 dias consecutivos. O IMC diminuiu durante o período competitivo e foi inadequado para a idade e estatura, o que pode ser um indicador da presença de malnutrição.
A ingestão energética diária foi menor do que a recomendada para atletas deste tipo, tendo atingido o valor mais baixo no período competitivo [1444 (507) Kcal/dia]. As vitaminas A, B1 e B6 atingiram valores elevados, ao contrário do cálcio, ferro e magnésio. Parece-nos possível concluir que estas atletas apresentaram uma ingestão desequilibrada durante a época desportiva, o que pode comprometer o rendimento desportivo.

Palavras-chave

Ingestão nutricional; crianças e jovens; actividade física.

INTRODUÇÃO

Actualmente assiste-se a um crescente interesse pelos hábitos alimentares dos atletas, pois exercem uma forte influência no tamanho e na forma do corpo, que se quer atlético (Silva *et al*, 2003a, 2003b; Silva, 2005, 2007).

Todavia, na área da Ginástica apenas existe um trabalho original com dados longitudinais de ingestão nutricional e de composição corporal de ginastas nacionais (Silva *et al*, 2006).

Torna-se importante que os responsáveis pelo desenvolvimento deste desporto comecem a querer que informação científica seja divulgada aos atletas, treinadores e pais/família, porque a Ginástica é uma modalidade desportiva exigente relativamente ao tamanho e às proporções do corpo, que segundo Lisitskaya (1995) são fundamentais na assimilação da técnica e na realização dos exercícios.

As ginastas de competição são seleccionadas de acordo com determinadas características corporais (ombros baixos e estreitos, abdómen e pélvis estreitos, coluna recta e membros inferiores mais longos do que os membros superiores) e submetidas a planos alimentares especiais, de forma a evitar qualquer aumento de peso (Silva *et al*, 2003c, 2003d, 2004a, 2004b, 2004c).

Considerando que o peso corporal influencia substancialmente a resistência e os índices

1. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. **raquel@ufp.edu.pt**

de força, as ginastas revelam-se "elegantes", uma vez que retratam figuras longilíneas e de reduzido peso corporal (Silva *et al*, 2005a, 2005b, 2005c, 2005d; Weimann *et al*, 2000).

Jastrjembskaia & Titov (1999) realçam ainda que as ginastas têm que apresentar um corpo atlético, tornando-o muito importante na manutenção de um peso corporal atractivo.

Esta modalidade, em termos de necessidades de ingestão energética, duração e intensidade do exercício, classifica-se no grupo das actividades desportivas de curta duração e de esforços repetidos, sendo que as competições ocorrem no espaço de dois ou três dias.

Em competição, a perfeição técnica e a graciosidade são dois dos aspectos importantes para a classificação.

A impressão causada às juízes pela ginasta é extremamente importante, sendo apenas possível às ginastas mais talentosas obter os melhores resultados.

Para as ginastas, a manutenção do reduzido peso corporal e de uma reduzida percentagem de massa gorda, torna-se um imperativo para o sucesso neste desporto (Borgen & Oseid, 1990; Silva *et al*, 2004b).

METODOLOGIA

Aplicou-se um questionário específico, no qual foram avaliados dados pessoais das ginastas, o treino a que estiveram submetidas, a história clínica e ginecológica e a ingestão alimentar.

Foram avaliados o peso e a estatura e calculado o índice de massa corporal (IMC).

Os hábitos de treino foram caracterizados com base no número de anos de prática de ginástica de competição, número actual de vezes de treino/semana (18<rendimento≥10 horas/semana), número actual de horas de treino/dia, prática anterior de outro desporto e sua duração e a prática actual de outro desporto e sua duração.

A caracterização da história ginecológica e clínica foi realizada com base na ocorrência e idade da menarca, regularidade dos ciclos menstruais, duração do período, tipo e duração do uso de contraceptivos orais, uso de algum medicamento, suplemento vitamínico ou mineral e história de fracturas ósseas.

A caracterização da ingestão nutricional efectuou-se a partir da aplicação de um diário alimentar de 3 dias consecutivos, incluindo um dia de fim-de-semana, utilizando como referência para quantificação, as medidas caseiras.

A conversão dos alimentos em nutrientes foi realizada com recurso a uma base de dados do programa informático *Food Processor Plus*.

Utlilizou-se a média e o desvio-padrão, e o teste Kolmogorov-Smirnov para a análise da distribuição normal dos dados antropométricos e nutricionais.

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos utilizamos o programa *SPSS* na versão 15,0.

RESULTADOS

Foram estudadas 57 atletas nacionais de GR e de GAF [12,8 (3,5) anos; 143,2 (12,8) cm] durante uma época desportiva.

O IMC foi inadequado para a idade e estatura (Deutz *et al*, 2000), o que pode ser um

indicador da presença de malnutrição.

As atletas possuíam em média 5,7 (2,9) anos de prática de competição (Quadro 1), sendo que treinaram cerca de 15,8 (5,0) horas por semana.

De realçar que o período transitório foi aquele em que treinaram menos horas (cerca de 3 horas a menos do que no competitivo), pelo que também dormiram menos, talvez porque estariam menos cansadas.

Quadro 1. Peso, estatura, IMC, hábitos de treino e horas de sono diárias das atletas (n=57) ao longo da época desportiva avaliada.

Variável	Preparatório	Competitivo	Transitório
Peso (Kg)	36,9 (9,8)	37,3 (10,1)	38,6 (10,0)
Estatura (cm)	143,2 (12,9)	144,8 (12,5)	146,4 (12,2)
IMC (Kg/m^2)	17,7 (1,8)	17,4 (2,0)	17,7 (1,9)
Anos de prática	5,7 (2,9)	6,1 (2,9)	6,4 (2,9)
N.º horas treino/sem	15,8 (5,0)	15,2 (4,9)	12,5 (4,2)
Sono (horas/dia)	9,5 (1,1)	9,1 (1,2)	8,4 (1,1)

Na maioria das participantes, a menarca ainda não tinha ocorrido, sendo que nas 10 que eram menstruadas, 60% revelou irregularidade nos seus ciclos menstruais. A duração do período menstrual variou entre 3 a 6 dias [4.2 (1.09) dias].

Apenas uma das participantes tomou contraceptivos orais, e apenas 11.4% sofria de doença que exige cuidados médicos doença que exigia cuidados médicos (otites, espinha bífida, tendinite no joelho, asma, alergias e renite).

Entre a lista de medicamentos referidos pelas atletas encontravam-se os suplementos vitamínicos e minerais, analgésicos e anti-inflamatórios.

Relativamente à ocorrência de fracturas, 6 ginastas já fracturaram um ou dois ossos (um osso: n=5; dois ossos: n=1).

De uma forma geral, os alimentos que foram ingeridos com maior frequência e em maior quantidade foram: o pão, os *snacks* (*croissants*, lanches, *panikes*), a manteiga, a carne de porco e os cereais. Os menos utilizados na dieta alimentar foram o peixe, os hortícolas, as leguminosas secas e a fruta.

A partir do quadro 2 verificou-se que a percentagem do valor energético total (VET) de hidratos de carbono consumida foi mais elevada do que a de lípidos e esta superior à das proteínas.

Contudo, o VET dos hidratos de carbono e dos lípidos foram inferiores ao recomendado (Bernardot, 2000) para esta amostra, ao contrário do das proteínas, que foi ligeiramente superior.

Não se verificaram diferenças significativas entre os períodos avaliados (p>0,05).

Quadro 2. Valor energético total (%) dos 3 macronutrientes consumido pelas ginastas (n= 57), ao longo da época desportiva estudada.

Macronutrientes	Preparatório	Competitivo	Transitório
Proteínas	17 (3)	19 (4)	19 (3)
Hidratos de carbono	50 (6)	50 (6)	49 (5)
Lípidos	33 (5)	32 (4)	32 (5)

O período da época desportiva, onde o consumo energético foi maior foi o período preparatório [1600 (506) Kcal], sendo que o período competitivo foi o de menor ingestão energética [1400 (507) Kcal – Quadro 3].

A ingestão de hidratos de carbono foi a mais elevada dos 3 macronutrientes, e maior no período preparatório [204 (76) g], tal como a dos lípidos [59 (21) g], fibras [12 (4) g], hidratos de carbono complexos [85 (36) g] e de açúcares [83 (43) g].

De realçar que a ingestão de proteínas foi ligeiramente superior à dos lípidos (Quadro 3).

Quadro 3. Ingestão energética das ginastas (n= 57) ao longo da época avaliada.

Variável	Preparatório	Competitivo	Transitório
E (kcal)	1600 (506)	1444 (507)	1518 (292)
Prot (g)	66 (17)	66 (19)	70 (12)
HC (g)	204 (76)	184 (81)	187 (42)
Líp (g)	59 (21)	50 (17)	55 (15)
Prot (Kcal)	263 (66)	263 (74)	281 (46)
HC (Kcal)	816 (303)	736 (323)	747(168)
Líp (Kcal)	237 (82)	202 (67)	221 (61)
Fibras (g)	12 (4)	11 (6)	11 (3)
HC compl (g)	85 (36)	77 (46)	82 (22)
Açúcares (g)	83 (43)	75 (34)	71 (21)

Dos micronutrientes estudados (Quadro 4), o cálcio e o magnésio apresentaram valores inferiores aos recomendados (Institute of Medicine, 1997) e o ferro, o fósforo e o zinco foram consumidos dentro das quantidades necessárias (Institute of Medicine, 1997, 1998, 2001).

Não houve diferenças significativas ($p>0,05$) ao longo da época.

Quadro 4. Consumo de micronutrientes pelas ginastas (n= 57) ao longo da época avaliada.

Variável	Preparatório	Competitivo	Transitório
Cálcio (mg)	673 (236)	704 (290)	636 (174)
Ferro (mg)	10 (4)	9 (4)	10 (3)
Magnésio(mg)	184 (55)	178 (59)	204 (81)
Fósforo (mg)	964 (258)	959 (326)	972 (191)
Zinco (mg)	9 (3)	9 (3)	9 (2)

Tal como a vitamina A, as vitaminas B1, B2 e B6 foram também ingeridas em quantidades superiores às recomendadas (Institute of Medicine, 1998, 2001), sendo que a vitamina C foi ingerida em quantidades superiores (Institute of Medicine, 1998).

As vitaminas D e E apresentaram valores inferiores aos recomendados (Institute of Medicine, 1997, 2000).

Tal como no consumo dos micronutrientes, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) ao longo dos períodos da época desportiva (Quadro 5).

Quadro 5. Consumo de vitaminas pelas ginastas (n= 57) ao longo da época avaliada.

Variável	Preparatório	Competitivo	Transitório
Vit A (µg)	1001 (564)	1003 (764)	1201 (696)
Vit B1 (mg)	1,5 (0,5)	1,4 (0,7)	1,5 (0,4)
Vit B2 (mg)	1,9 (0,7)	1,8 (1,0)	1,8 (0,4)
Vit B6 (mg)	1,7 (0,7)	1,6 (0,9)	1,8 (0,5)
Vit C (mg)	55 (28)	60 (31)	68 (41)
Vit D (µg)	2,5 (1,9)	2,3 (1,8)	2,8 (1,5)
Vit E (mg)	6,1 (1,9)	4,9 (1,8)	5,7 (1,6)

CONCLUSÕES

Não se observaram resultados que traduzissem uma atenção rigorosa sobre a distribuição energética, de acordo com os objectivos de cada período de uma época desportiva, o que associado com os factores anteriores podem comprometer o rendimento desportivo.

As atletas apresentaram um IMC inadequado para a idade e para a estatura.

Revelaram ainda um aparecimento tardio da menarca e apresentaram uma alimentação desequilibrada, monótona e hipoenergética.

Parece que a elevada taxa de energia dispendida pelas ginastas pode explicar o desenvolvimento pubertal tardio, assim como, as irregularidades nos padrões menstruais.

Contudo, a investigação neste campo, tanto em Portugal, como a nível internacional revela ainda falta de trabalhos publicados, reflectindo-se no treino e no rendimento das ginastas nacionais.

Torna-se necessário a realização de sessões de informação e de esclarecimento às ginastas, treinadores e pais/família, no sentido de se respeitar o normal crescimento e desenvolvimento da atleta, mas principalmente para ajustar a alimentação às necessidades individuais de cada atleta.

Enquanto todos os envolvidos no processo de treino não tiverem consciência que o que faz a diferença entre ganhar ou perder (nem que seja por décimas) é a alimentação, qualquer modalidade pode ter o seu sucesso comprometido!

REFERÊNCIAS

Benardot D (2000). Gymnastics. In Nutrition in sport – Encyclopaedia of Sports Medicine. In Maughan R (Ed). IOC Medical Comission Publication, Blackwell Science, Oxford.

Borgen MS, Oseid MD (1990). Eating disorders and menstrual function in norwegian female elite athletes. The Norwegian University of Sport and Physical Education. Sports, Medicine and Health. Elsevier Science Publishers.

Deutz RC, Benardot D, Martin DE, Cody MM (2000). Relationship between energy deficits and body composition in elite female gymnasts. Med Sci Sports Exerc. Mar; 32 (3): 659-68.

Institute of Medicine (1997). Dietary Reference Intakes. Calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D and fluoride. National Academy Press. Washington DC.

Institute of Medicine (1998). Dietary Reference Intakes. Thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B-6, folate, vitamin B-12, pantothenic acid, biotin and choline. National Academy Press. Washing-

ton DC.

Institute of Medicine (2000). Dietary Reference Intakes. Vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids. National Academy Press. Washington DC.

Institute of Medicine (2001). Dietary Reference Intakes. Vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc. National Academy Press. Washington DC.

Jastrjembskaia N, Titov Y (1999). Rhythmics gymnastics – hoop, ball, clubs, ribbon, rope. Human Kinetics. Champaign.

Lisitskaya T (1995). Gimnasia rítmica. Deporte & entrenamiento. Editorial Paidotribo. Barcelona.

Silva MR (2005). Composición Corporal de las Gimnastas de Competición. EF y Deportes; 10: 85.

Silva MR (2006). Ingestão nutricional e composição corporal em ginastas. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Porto.

Silva MRG (2007). Avaliação nutricional e composição corporal. Edições Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Silva MR, Lebre E, Almeida MDV (2003a). Composição corporal de ginastas. Actas do 2.º Congresso Internacional "Mulheres e Desporto: agir para a mudança": Saúde, Recreação e Lazer. Gomes PB & Cruz I (eds). Associação Portuguesa "A Mulher e o Desporto". Lisboa.

Silva MR, Lebre E, Almeida MDV (2003b). Composição corporal de ginastas através de antropometria e de impedância bioeléctrica. Revista de Alimentação Humana: 9 (3): 167.

Silva MR, Lebre E, Almeida MDV (2003c). Ingestão nutricional em ginastas. Actas do 2.º Congresso Internacional "Mulheres e Desporto: agir para a mudança": Saúde, Recreação e Lazer. Gomes PB & Cruz I (eds). Associação Portuguesa "A Mulher e o Desporto". Lisboa.

Silva MR, Lebre E, Almeida MDV (2003d). Ingestão alimentar de ginastas - comparação de recolha das 24 horas anteriores e de diário alimentar de 3 dias consecutivos. Revista de Alimentação Humana: 9 (3): 173.

Silva MR, Lebre E, Almeida MDV (2004a). Avaliação da ingestão nutricional em ginastas de competição. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto: Set. 4 (2): 254-255.

Silva MR, Lebre E, Almeida MDV (2004b). Estudo longitudinal da composição corporal de ginastas de competição. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto: Set. 4 (2): 249-250.

Silva MR, Lebre E, Almeida MDV (2004c). Massa óssea em ginastas ao longo da época desportiva. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto: Set. 4 (2): 249.

Silva MR, Lebre E, Almeida MDV (2005a). Avaliação da Ingestão Nutricional em Ginastas Portuguesas ao Longo da Época Desportiva. Motricidade; 1 (2): 90-95.

Silva MR, Lebre E, Almeida MDV (2005b). Competition Female Gymnasts – a potential risk group of malnutrition?. 10th Congress of the European College of Sport Science (ECSS). Belgrade, Serbia: 76-77.

Silva MR, Lebre E, Almeida MDV (2005c). Eating Disorders in Female Athletes: Rhythmic and Artistic Gymnasts. In 5th International Conference of the Association Française de Recherche en Activités Gymniques et Acrobatiques (AFRAGA). Jemni M & Robin J-F (Eds). Hammamet. Tunisie: 65-67.

Silva MR, Lebre E, Almeida MDV (2005d). Ginastas de competição = Malnutrição? Revista de Alimentação Humana, 11 (3): 104.

Weimann E, Witzel C, Schwidergall S, Böhles HJ (2000). Peripubertal perturbations in elite gymnasts caused by sport specific training regimes and inadequate nutritional intake. Int J Sports Med, 21 (3): 210 – 5.

HÁBITOS ALIMENTARES E PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO DOS ADULTOS EM CONTEXTO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Cristina Baixinho[1]

Resumo

Este estudo descritivo e transversal tem por finalidade caracterizar os hábitos alimentares e de exercício físico da população adulta em contexto de formação profissional. O instrumento de recolha e suporte de informação foi o questionário, adaptado de um instrumento já validado (OMS/HBSC), distribuído a 87 formandos de um Centro de Formação Profissional, utilizou-se o SPSS para tratamento da informação recolhida.

Cerca de 30% dos formandos não reduz o consumo de sal e igual percentagem não toma o pequeno-almoço, a maior parte come menos de duas peças de fruta diárias e sopa uma vez ao dia. O exercício físico não é um estilo de vida predominante da população, que não o pratica de forma regular. Face aos achados da investigação propôs-se alterações do ethos do próprio Centro, que facilite a adopção de estilos de vida saudáveis da população adulta em formação.

Palavras-chave

Alimentação; exercício físico; formandos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A saúde é um problema cultural, com um objectivo social, sendo da responsabilidade de todos nós. Nesta perspectiva todos os espaços e tempos são de excelência para essa promoção e para a promoção de estilos de vida saudáveis – na escola, no local de trabalho, nos locais de lazer e até nos locais de formação profissional, pode-se e deve-se fomentar a opção por um estilo de vida que promova a saúde individual e colectiva das comunidades.

Nesta lógica de pensamento o Centro de Formação Profissional como entidade formadora tem responsabilidades para com a promoção da saúde dos seus elementos e dos profissionais que forma.

Na formação profissional, a promoção de estilos de vida sauáveis, pode trazer outros benefícios como aumentar o sentimento de pertença, pelo interesse particular pela pessoa de cada formando e até pelo envolvimento em actividades de carácter preventivo/formativo sobre estilos de vida que envolva a comunidade formativa.

Em Portugal as principais causas de morbilidade e mortalidade entre a população adulta estão relacionadas com patologias cuja etiologia está associada aos hábitos de vida (nomeadamente - sedentarismo, obesidade, consumo excessivo de gorduras e hidratos de carbono) e que são passíveis de serem prevenidas.

Os comportamentos e os estilos de vida são importantes condicionantes/ determinantes para o processo de saúde/doença, incapacidade e diminuição da esperança média de vida.

Está provado que muitos dos problemas de saúde, da actualidade, causadores de

1. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. **crbaixinho@esear.pt**

mortalidade e morbilidade estão relacionados com os comportamentos de saúde e estilos de vida (Prazeres, 2002; Precioso, 2004; Ribeiro, 2004).

Quando se fala de prevenção fala-se de benefícios não só para a pessoa, com uma melhor qualidade de vida, com menor incidência e prevalência de doenças/incapacidades e aumento da sua esperança média de vida, mas fala-se também de benefícios sociais e económicos.

A opção por estilos de vida saudáveis depende do modo como se relacionam as aprendizagens de um indivíduo no seu processo de socialização, por isso promover a saúde é um processo complexo que deve não só incluir as ditas acções educativas, mas também possibilitar a aquisição ou o desenvolvimento de competências, que promovam o desenvolvimento social e pessoal da pessoa, habilitando e responsabilizando-a pelas suas opções.

De entre os diferentes estilos de vida destacam-se a alimentação e a prática do exercício físico como promotores da saúde individual e colectiva. Estes dois "comportamentos" assumem, igualmente, uma importância vital para o tratamento de alguns problemas de saúde e também para a prevenção e reabilitação de sequelas secundárias a diversas patologias.

Nos países industrializados os problemas de saúde são, geralmente provocados por uma sobrealimentação, que pode conduzir à obesidade, aumenta o risco de diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e cancro (cólon, recto, mama, útero e ovário).

A associação entre a obesidade e o aumento de risco de mortalidade e morbilidade tem vindo a ser estudada. Existem evidências que o risco de mortalidade aumenta com o aumento de peso. Essas mortes têm por detrás causas como a diabetes *mellitus*, as doenças gastrintestinais, hipertensão e doenças cardiovasculares (Kaplan, 1997).

Uma alimentação com pouca ingestão de cálcio (sobretudo na infância e adolescência) aumenta o risco de osteoporose pós-menopausa. A alimentação pobre em frutas, legumes e fibras aumenta o risco de cancro do estômago, cólon e recto.

Os hábitos alimentares adquiridos na infância e na adolescência vão marcar o comportamento alimentar ao longo da vida. Nesta ordem de ideias não é de estranhar que doenças associadas a determinados hábitos alimentares sejam comuns em determinadas famílias, com determinados hábitos de vida.

Aliado a estes factores culturais encontra-se o nível de educação/informação, estatuto sócio-profissional e económico da família e a própria concepção do estilo de vida moderno, associado ao "*fast-food"* e a influência dos meios audiovisuais.

O exercício físico ao actuar sobre diversos sistemas orgânicos estimula a função destes sistemas e o metabolismo. A sua prática regular beneficia a saúde física e psíquica, contribui para a redução das taxas de mortalidade por doenças cardíacas, até porque diminui o stress, ajuda a controlar o peso corporal, fortalece vasos e músculos. Está associado à diminuição de certos tipos de cancro, da hipertensão e diabetes.

É consensual que o exercício físico melhora a qualidade de vida (Kaplan *et al*, 1997; Odgen, 1996, 1999; Glanz,1999).

Odgen (1996) defende que os benefícios do exercício físico são categorizados em benefícios físicos e psicológicas.

Nos benefícios físicos salientam-se os efeitos preventivos das doenças coronárias, diminuição da tensão arterial, redução de peso e obesidade, diminuição da diabetes. Kaplan *et al* (1993) citado por Simões (1997) salienta ainda os benefícios do exercício físico ao

nível do aparelho osteo-articular e na prevenção de determinados tipos de cancro.

Em termos de benefícios psicológicos há uma diminuição da ansiedade, aumento da auto-estima e da autoconfiança, com melhoria da qualidade de vida. Do ponto de vista social pode ser, igualmente, um meio socializante entre pessoas.

Como todos os comportamentos ao nível da saúde existem determinantes que influenciam a sua realização. Para Simões (1997) estas podem ser categorizadas em factores pessoais e envolvimentais.

Dentro dos factores pessoais e referenciando Kaplan *et al* (1993), Simões (1997) destaca o nível de educação, competências comportamentais, alto risco de doença coronária, a participação em programas anteriores, a motivação, as características físicas (nomeadamente o baixo peso), autoimagem positiva, determinados valores sociais percebidos (dos quais Odgen (1996) destaca as crenças relativas à agradabilidade e promoção de contacto social aliados ao exercício, bem como as crenças relativas à importância da saúde e aptidão física).

Ao nível dos factores envolvimentais salientam-se a percepção do tempo disponível (Kaplan *et al* (1993), citado por Simões, 1997) e a influência da família, dos amigos e da escola.

Odgen (1996) destaca ainda factores sócio-politicos onde se incluem meios para a prática de exercício físico, a promoção de programas específicos no âmbito da prática desportiva, de entre outros.

Wold e Kannas (1993), citados por Simões (1997:81) referem que "o exercício físico difere dos outros hábitos de saúde, na medida em que envolve uma participação activa, e como tal conduz a uma maior mudança atitudinal e comportamental, relativamente a outros hábitos que envolvem uma participação positiva. Neste sentido a promoção da actividade física, pode servir de meio para uma mudança comportamental ao nível de outros comportamentos de saúde".

De certo modo o desporto e, aliás, todas as formas de exercício físico "fazem parte e são expressão da preocupação sem fim de fazer o corpo, de o criar, adaptar, transformar e melhorar. Não apenas à superfície, mas em profundidade" (Bento,2002:173).

Há uma associação estreita entre desporto e saúde "não em último lugar por via da tradicional acentuação corporal dos conceitos de saúde e doença e também devido ao papel atribuído à prática desportiva na configuração de estilos de vida sadia "(Bento, 2002:169).

Para o mesmo autor "o corpo está, pois, a viver um regresso festivo ao centro das atenções e dos olhares e está a exercer uma influência marcante em muitos quadrantes, nomeadamente na alteração dos motivos, cenários e modelos de uma nova cultura desportivo-motora (...) Continuamos a investir nele muitos dos esforços tendentes à melhoria da qualidade de vida e passam por ele muitas das tentativas de fazer da existência e do dia-a-dia um projecto de arte" (Bento, 2002:169).

METODOLOGIA

Estudo exploratório, quantitativo e descritivo. O universo é constituído pelos formandos de um Centro de Formação Profissional do Distrito de Lisboa, num total de 87 formandos. Relativamente às variáveis consigna-se como variável dependente – comportamentos relacionados com a alimentação e prática de exercício físico e variáveis independentes – idade, constituição do agregado familiar e grau de escolaridade/ modalidade de formação.

O instrumento de recolha e suporte de informação foi um questionário, construído a partir do questionário da Organização Mundial de Saúde – HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*). Recorreu-se ao *Software SPSS Versão 13* para o tratamento estatístico. As técnicas estatísticas utilizadas foram a descritiva e a multivariada, com análise factorial.

Para se avaliar a clareza do instrumento foi feito um pré-teste onde se aplicaram 28 questionários.

Foi garantido o direito a alguém recusar a ser investigado, a privacidade, a confidencialidade, o anonimato e a protecção contra danos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao darmos inicio à discussão dos resultados gostaríamos de recordar que se trata de um estudo transversal e que não foram encontrados trabalhos de investigação com este tipo de população – adultos em contexto de formação profissional.

Tendo em conta a população, o tipo de estudo e a metodologia, consideramos que os resultados são válidos mas que não podem ser extrapolados para outros grupos que frequentam o mesmo tipo de acção de formação.

O questionário foi realizado a 87 formandos, 97,7% do sexo feminino e 2,3% do sexo masculino, com uma média de idades de 30,26 anos, com um mínimo de 17 anos e um máximo de 53 anos.

Dos inquiridos constata-se que 44,83% são solteiros e 43,68% são casados. Verifica-se que 25,29% vive com o marido/companheiro e filho(s) e 17,24% com os pais; 48,84% dos inquiridos têm como grau de escolaridade o ensino secundário e que apenas 2,33% frequentaram o ensino médio ou superior.

A modalidade de formação com mais frequência é a de Qualificação inicial e profissional com 66,67%, onde o curso de auxiliar de acção educativa é o mais frequentado, com 56,32%.

Dado que a grande maioria dos inquiridos são do género feminino não é possível, neste trabalho, relacionar determinados comportamentos ou atitudes com o género.

Dos inquiridos constata-se que 44,83% são solteiros e 43,68% são casados, 8,05% divorciados e 3,45% da população refere outro. O estado civil é uma variável que iremos analisar e comparar com determinados comportamentos.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos inquiridos tem o ensino secundário 48.84%. apenas 2.33% dos inquiridos afirma ter frequentado o ensino médio ou superior. Sendo que 48,84% da população apresenta um grau de escolaridade igual ou inferior ao 3.º ciclo.

Das pessoas inquiridas, respondem afirmativo 45,98% à questão de prática de algum exercício, onde 26,19% afirma que o faz quatro a cinco vezes por semana. Dos que praticam exercício físico 33,33% fá-lo por um período de tempo inferior a uma hora, 56,41% por um período de uma hora.

Gráfico 1. Exercício físico

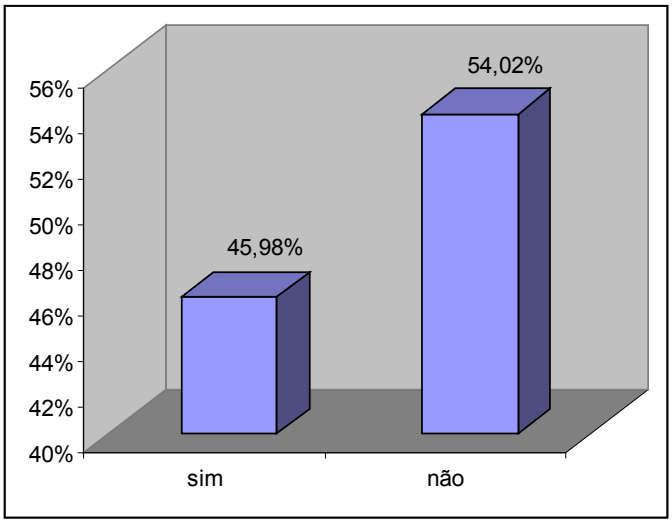
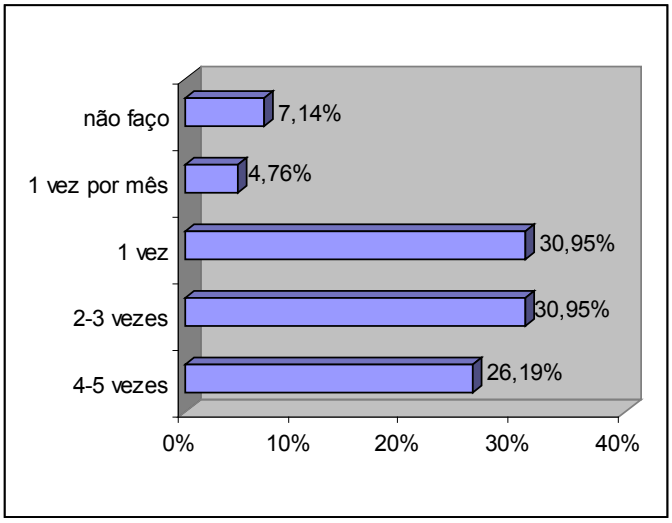


Gráfico 2. Quantas vezes o pratica



No que respeita à alimentação verifica-se que 65,52% dos inquiridos afirmam que tem uma alimentação saudável em oposição 34,48% referem não ter.

A ingestão de sal é controlada por 70,11% da população, mas 29,89% respondem que não se preocupam com a redução da ingestão de sal.

O pequeno-almoço é a refeição mais importante do dia, mas ainda existe 29,89% dos inquiridos não o tomam.

A sopa faz parte da alimentação, na maioria dos casos (42.53%) uma vez por dia e em 22,995 dos casos mais do que uma vez dia, 5,75% raramente a comem e 28,74% fazem-no, apenas, uma vez por semana.

Gráfico 3. Quantas vezes come sopa

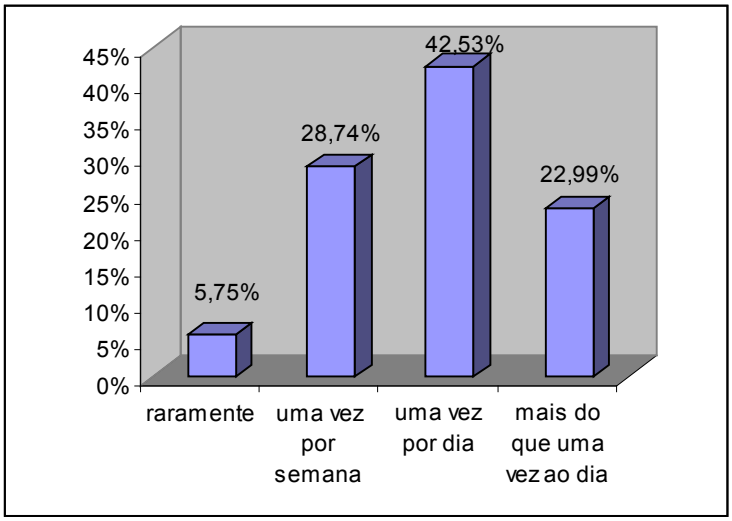
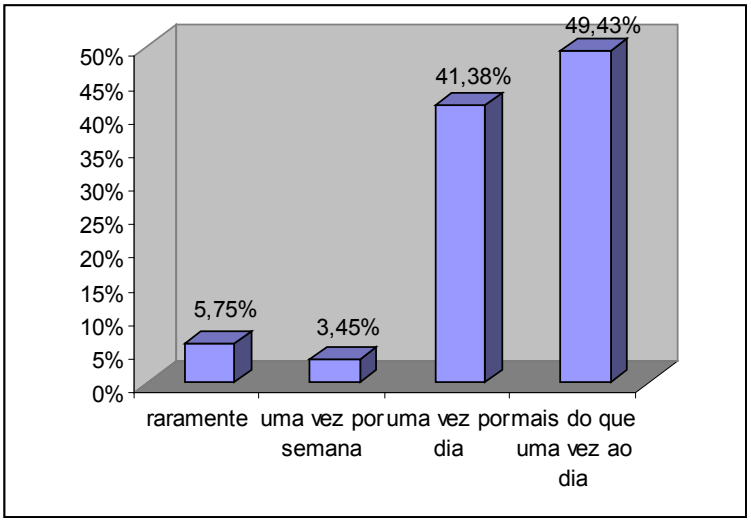


Gráfico 4. Quantas vezes come fruta



Quanto ao consumo de fruta verifica-se que menos de metade dos inquiridos comem mais do que uma vez por dia, com 49.43% do total das respostas, 41,38% come uma vez ao dia, 3,45% uma vez por semana e 5,75% refere esse consumo é raro.

Desta população 43,68% come doces pelo menos uma vez ao dia, 37,93% come uma vez dia e 5,75% come mais do que uma vez ao dia; 33.33% come uma vez por semana e 22,99% raramente os come.

Gráfico 5. Quantas vezes come doces

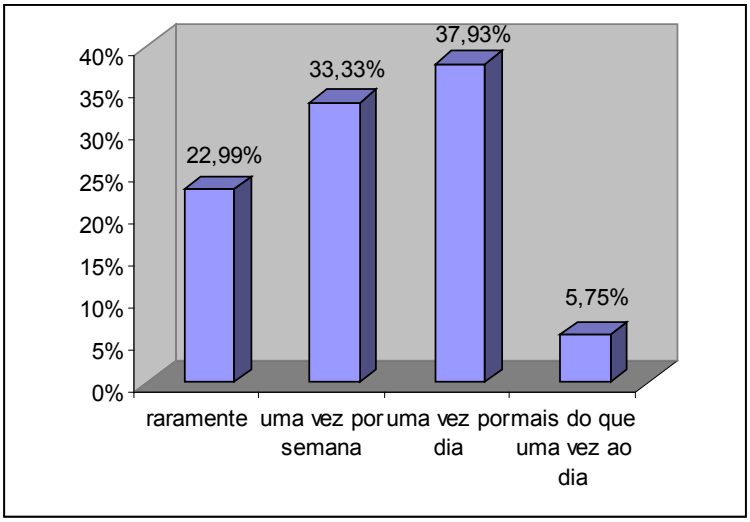
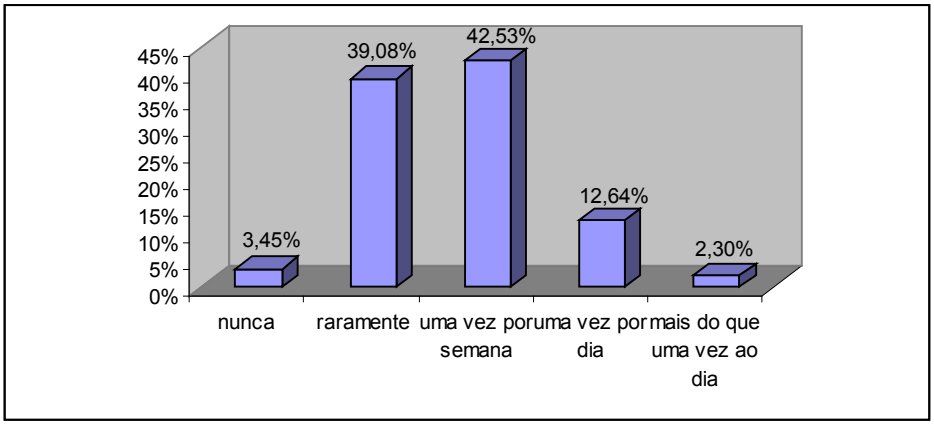


Gráfico 6. Quantas vezes come fritos



Uma percentagem significativa (39.08%) responde que raramente come fritos e 3,45% nunca o faz. No entanto, há 42.53% dos indivíduos que consomem fritos uma vez por semana ,12,64% consomem uma vez por dia e 2,3 % mais do que uma vez ao dia.

Gráfico 7. Quantas vezes come carne

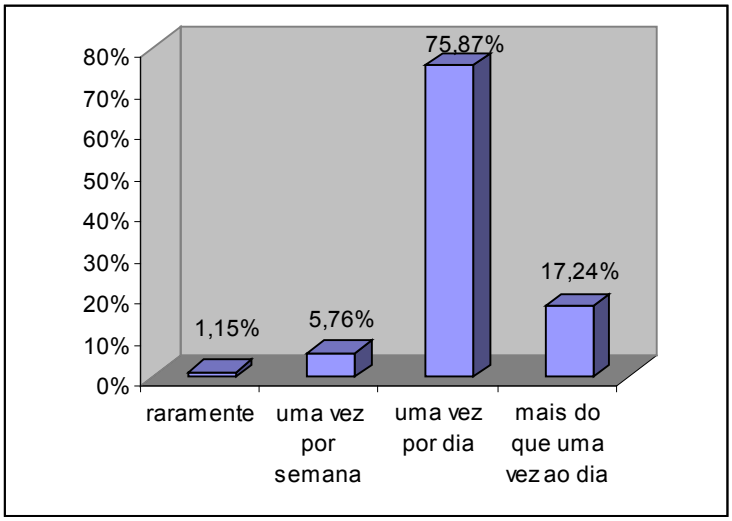
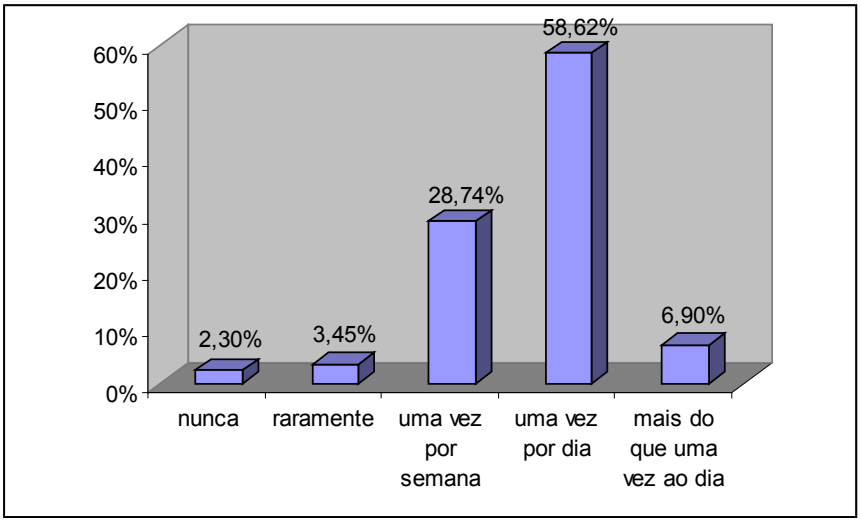


Gráfico 8. Quantas vezes come peixe



Constata-se que 75,87% dos inquiridos comem carne uma vez por dia.

O peixe é consumido uma vez ao dia por 58,62% da população, sendo que 2,3% não come peixe e 3,45% raramente o faz.

O café é consumido em 25,29% uma vez por dia pelos inquiridos e mais do que uma vez por 32,18%. Sendo que 18,39% não o bebe e igual percentagem raramente o faz.

Para descriminar os comportamentos e influência das variáveis utilizaram-se métodos factoriais (Análise em Componentes Principais e Análise Factorial das Correspondências) permite-nos identificar factores ou dimensões gerais subjacentes aos dados, analisando-se as inter-relações entre as variáveis em estudo e reduzir a dimensionalidade da base de dados inicial (Johnson e Wichern, 1998).

De acordo com Hill e Hill (2002:226) a "Análise de Componentes Principais tem como objectivo principal a análise da variância total de cada uma das variáveis num conjunto de variáveis", sendo "o objectivo principal da Análise Factorial analisar a variância comum num conjunto de variáveis para entender, ou "explicar", as correlações entre essas variáveis" Hill e Hill (2002:227).

Para os mesmos autores o uso das duas técnicas é possível para reduzir a complexidade de um conjunto de dados.

A partir das variáveis da base de dados inicial, os métodos factoriais vão construir factores – novas variáveis – que são combinações lineares das variáveis iniciais, de forma aos factores serem :

- não – correlacionados entre si (independentes se seguirem uma distribuição normal)
- ordenados por ordem decrescente de importância, em termos de contribuição para a variabilidade dos dados, o segundo um pouco menos, e assim por diante.

Para além dos factores gerados pela Análise de Componentes Principais aplicou-se a esse conjunto de factores a análise de *clusters*.

Esta técnica tem "como objectivo principal o agrupamento de casos com base num conjunto de variáveis. Por outras palavras, a técnica tenta formar grupos de casos (chamados *clusters*)" Hill e Hill (2002:209). Os casos dentro de um *cluster* são semelhantes entre si.

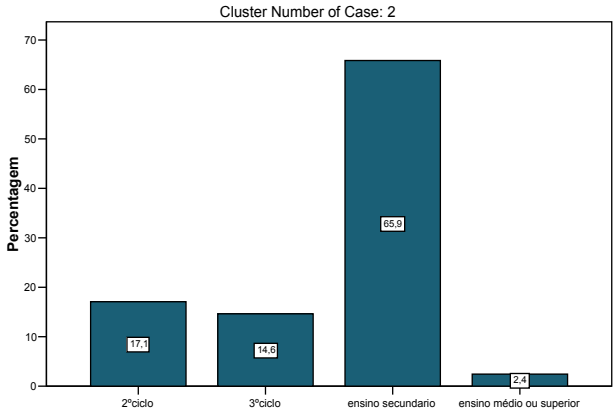
Mais precisamente aplicamos classificação hierárquica tendo em conta como medida de dissemelhança a distância euclideana e como critério de agregação o critério de Ward.

Através da construção de um dendograma pela distância euclidiana com o método de Ward pode-se notar a existência de dois grupos de opinião distintos.

Esses dois grupos de opinião foram sujeitos a uma análise descritiva por forma a entender as diferenças entre eles.

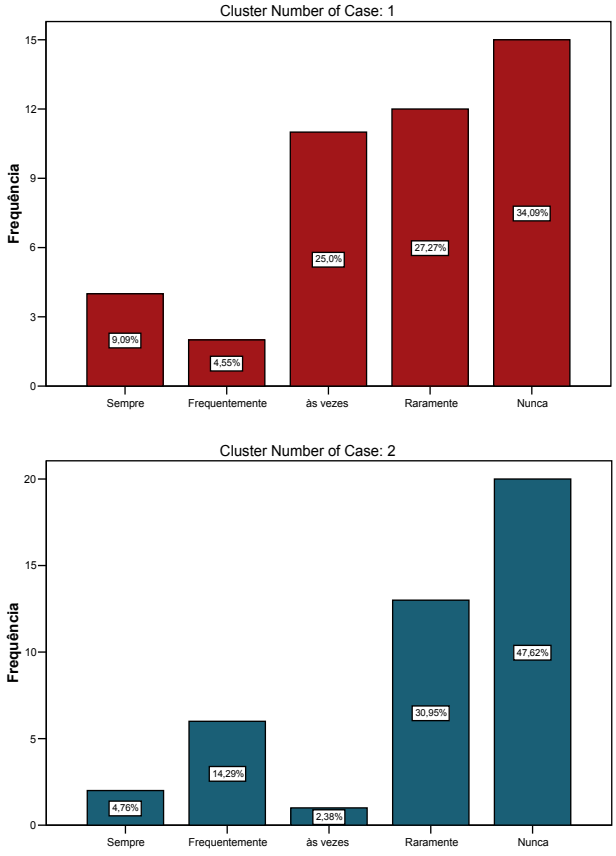
Em relação ao grau académico verificam-se diferenças nos grupos formados. No *Cluster* 1, 31.8% tem o 3.º ciclo e 31.8% o ensino secundário. No *Cluster* 2, 65.9% tem o ensino secundário. Há também uma diferença a notar em relação ao facto de no *Cluster* 2 o grau académico "ensino médio ou superior" ser maior. Pode por isso afirmar-se que os individuos do *Cluster* 2 tem mais qualificações académicas do que os individuos do *Cluster* 1.

Gráfico 9. Cluster grau académico



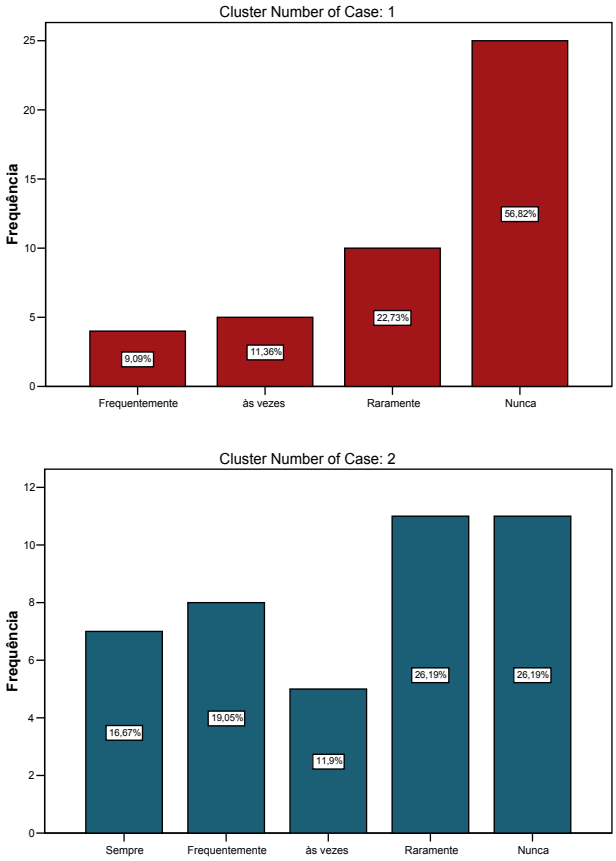
34.09% dos indivíduos do *Cluster* 1 refere que "nunca" recorre à comida como refugio dos problemas. No *Cluster* 2 a percentagem é maior (47.62%). O somatório de indivíduos que recorrem mais a este refúgio encontram-se no *Cluster* 1.

Gráfico 10. Vingo-me na comida



A maior parte de indivíduos que utilizam o exercício para descontrair são os do *Cluster* 2. Note-se que 16.67% dos indivíduos do *Cluster* 2, refere "sempre", tal não sucede no *Cluster* 1.

Gráfico 11. Vou fazer exercício ou dar uma volta a pé.



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A prática de exercício físico não competitivo é, hoje, considerado um elemento fundamental na opção por estilos de vida saudáveis. Continua no entanto a existir uma tendência para o sedentarismo, que aumenta com a idade. A escola desempenha um papel decisivo nesta prática, pela existência de aulas de educação física. A falta de um espaço para este fim não o permite realizar no Centro, não só por falta de um espaço formal (ginásio), mas também porque o espaço informal (área envolvente) é exíguo. O próprio horário diário de formação, conjuntamente com as horas que são necessárias para o estudo individual de cada formando somado com as tarefas domésticas que muitos têm a seu cargo limita, igualmente, o tempo disponível para esta actividade. Diferentes estudos (Kaplan, 1993; Odgen 1996; Simões,1997; Matos e tal, 2000; Bento, 2002) referem os benefícios do exercício físico, do bem estar individual até à adopção de outros estilos de vida ditos de saudáveis.

De salientar que esta prática está associada a outro tipo de comportamentos. Estudos verificaram que quem menos exercício faz mais tabaco e álcool consome (Frasquilho,

1996; Matos e Sardinha,1999). Apesar de no nosso estudo não se ter verificado esta hipótese, nesta população é um dado importante de reter, porque estes resultados sugerem que a actividade física constitui uma chave para um estilo de vida mais saudável e está associado, nomeadamente a consumo mais baixo de tabaco e álcool. Estes resultados alertam para a necessidade de repensar o espaço criando um local formal e investindo nos espaços informais para criar condições que favoreçam a actividade física, o que poderá passar também pelo estabelecimento de parcerias com diversas Associações locais para a prática, por exemplo, de natação/ hidroginástica nas suas instalações.

Quanto aos hábitos alimentares gostaríamos de salientar, que apesar do estudo ser transversal, gostaríamos de fazer uma descrição qualitativa dos hábitos alimentares da população, dado que, de um modo geral, são difíceis de quantificar. A análise efectuada aponta para um consumo excessivo de fornecedores de hidratos de carbono, fritos e carne, com baixo consumo de fruta, legumes. Estes resultados vão de encontro a outros estudos como Loureiro e Miranda (1993), Peres (1994); Loureiro (1999), citados por Santos, 2000; Matos *et al*, 2000; Matos *et al*, 2004.

Cerca de 30% da população não toma o pequeno-almoço e igual percentagem não tem cuidado com a ingestão de sal.

Estes factores a médio e longo prazo poderão estar na origem de diferentes patologias, nomeadamente de doenças cérebro-vasculares e diabetes *mellitus*, bem como contribuir para o aumento de peso.

Há que avaliar se o início e frequência de um curso de formação provoca alterações dos hábitos alimentares, pela mudança da rotina diária e pelo contacto com pessoas com hábitos diferentes, bem como pelos comportamentos socializadores que poderão surgir, por exemplo, tomar o pequeno-almoço no café com o grupo. Loureiro (1999) refere que as práticas alimentares sofrem fortes influências, onde o prestígio atribuído socialmente a determinados alimentos, não tem relação com a dimensão saúde mas prende-se com outros valores, e que de certa forma está associado às classes sociais mais desfavorecidas.

O que permitirá compreender melhor a questão da alimentação e ajudar a delinear estratégias que permitam a aquisição e manutenção de hábitos alimentares saudáveis. Consideramos que o facto do Centro não atribuir subsídio de alimentação e ao invés dar a senha de alimentação para o refeitório é um factor promotor de uma alimentação "mais saudável".

Loureiro, 1999, afirma que um comportamento alimentar saudável está associado de uma forma coerente com outras práticas saudáveis.

Isto é importante na medida em que o Centro de Formação ao transformar-se num ambiente saudável está a favorecer a adopção de comportamentos que podem modelar as práticas dos futuros auxiliares de acção educativa e por meio destes da própria comunidade educativa, no seu sentido mais abrangente.

Pela análise multivariavel foi possível identificar relação entre os hábitos alimentares e práticas de exercício físico associados às práticas de gestão do stress. Os resultados apontam para modos de lidar com este favorecedores de um bem estar físico, mental e social, com baixa incidência do aumento de comportamentos não saudáveis. Ao contrário de outros estudos o exercício físico não representa uma prática frequente para lidar com o stress, sendo que 43% nunca recorrem a este. Gomes – Pedro (1992), Barros (1999), Matos *et al* (2000) referem que o exercício físico é o melhor meio de combater o stress.

No que concerne à hipótese colocada de existirem diferenças entre os comportamentos relacionados com a saúde e a idade do formando, não se verificaram quaisquer diferenças estatísticas significativas entre os mais novos e os mais velhos.

Quanto à hipótese de existirem diferenças entre os comportamentos relacionados com a saúde e o grau de escolaridade, pela construção de *clusters*, constatou-se a existência de dois grupos com características diferentes. O cluster 1, que possui mais baixo grau de escolaridade são os que mais se "vingam" na comida em situações de stress e os que menos praticam exercício físico.

Relativamente à hipótese de existirem diferenças entre os comportamentos relacionados com a saúde e a constituição do agregado familiar, a única análise relevante é a associada ao estado civil. Os casados são os que referem uma maior preocupação com a redução do sal e consumo de frutas e legumes.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Pensamos que a realização desta investigação permitiu um melhor conhecimento dos formandos no que concerne aos seus comportamentos alimentares e de exercício físico.

A intervenção na formação profissional terá que ser multidisciplinar e multifactorial promovendo em cada formando o sucesso escolar e pessoal, com reforço da auto-estima, autocontrole, favorecendo sentimentos de pertença, apoiando - os na aquisição e perpetuação de hábitos de vida saudáveis, desenvolvendo competências de autonomia, responsabilidade, capacidade de escolha e resposta, fomentando a participação e envolvimento familiar, contribuindo para a inovação pedagógica, promovendo a qualidade ambiental e a segurança no espaço e no tempo formativo, criando uma relação pedagógica e interpessoal baseada em valores coerentes, com respeito pela pessoa de cada um.

Promover um Centro de Formação Profissional saudável é acima de tudo um processo contínuo, jamais acabado, que envolve toda a comunidade formativa "alargada" e, sobretudo os formandos, contudo o mais fácil é, muitas das vezes, o mais difícil...

Sugere-se o desenvolvimento de estudos que permitam compreender o que está por detrás dos comportamentos observados, através da convergência de esforços para investir na promoção da saúde no Centro de Formação Profissional. Estudos futuros, deverão analisar se a entrada e frequência destes cursos induz alterações nos hábitos de vida, nomeadamente na alimentação e prática de exercício físico.

Sugere-se ainda a introdução de um módulo sobre estilos de vida saudáveis na componente sócio-cultural destes cursos, que seja transversal a todas as unidades curriculares e que compreenda uma vertente de trabalho individual e de grupo sobre a temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, M. G. (1999). Actividades físicas no lazer e outros comportamentos relacionados com a saúde dos trabalhadores da indústria no Estado de Santa Catarina (Tese de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina,1999).

Loureiro, I. (2000). Editorial. Promoção da Saúde em meio escolar.

Matos, M.G., Simões, C., Canha, L., Fonseca, S. (2000). Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses. Faculdade de Motricidade Humana, 83 p.

Neves, A. P. (2002). Experiências de utentes com associação tabágica: alguns contributos para a promoção da saúde (Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002).

Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Otawa, Otawa, Canadá, Direcção Geral da Saúde, tradução, Versão Portuguesa – Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova saúde pública.

Santos, J. O. (2000). Os jovens e os comportamentos relacionados com a saúde – um estudo comparativo, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Tese de Mestrado.

ANTROPOMETRIA E COMPOSIÇÃO CORPORAL DE ADOLESCENTES BRASILEIRAS COMO INDICADORES DA NECESSIDADE DE AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE[1]

Silvia Priore[2], Roberta Nogueira[3], Daniela Silva[4], Eliane de Faria[5], Sylvia Franceschini[6], Maria do Carmo Pelúzio[7], Mauro Fisberg[8], Evelyn Eisenstein[9], Kênia Baiocchi de Carvalho[10], Joel Alves Lamounier[11], Maria Emília Von der Heyde[12] & Raul Von der Heyde[13]

Resumo

O estudo foi realizado com 454 adolescentes do sexo feminino de seis cidades brasileiras. Objetivou-se estudar variáveis antropométricas e de composição corporal a fim de identificar a necessidade de intervenções. Avaliou-se o percentual de gordura corporal e o estado nutricional das adolescentes. Dentre as eutróficas de acordo com o Índice de Massa Corporal (77,4%), 115 (36,2%) apresentavam excesso de gordura corporal. Obteve-se associação ($p<0,05$) entre estado nutricional, variáveis antropométricas, de composição corporal e residir na cidade do Rio de Janeiro. Os resultados reforçam a necessidade de ações que visem promover a saúde com intuito de prevenir o aparecimento precoce de doenças crônicas não-transmissíveis.

Palavras-chave

Adolescência; estado nutricional; promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

A adolescência, segundo a Organização Mundial da Saúde, é definida como um período de transição entre a infância e a vida adulta, compreendendo de 10 aos 19 anos de idade, que envolve transformações físicas, psíquicas e sociais (World Health Organization, 2005).

Nesta fase, observa-se um aumento da demanda nutricional decorrente do rápido crescimento, reforçando assim o papel da nutrição para o atendimento das necessidades de energia e nutrientes, bem como para a prevenção de doenças (Albano & Souza, 2001).

1. **APOIO:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

2. Docente do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa. **sepriore@ufv.br**
3. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais e Estudante de Graduação do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Viçosa. **betaran@gmail.com**
4. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais e Estudante de Graduação do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Viçosa. **danielanut@oi.com.br**
5. Mestre em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa. **lilirfaria@yahoo.com.br**
6. Docente do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa. **sylvia@ufv.br**
7. Docente do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa. **mpeluzio@ufv.br**
8. Docente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo. **fisberg@uol.com.br**
9. Docente do Departamento de Nutrição e Saúde da Univ. do Estado do Rio de Janeiro. **evelynbrasil@click21.com.br**
10. Docente do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade de Brasília. **kenia@unb.br**
11. Docente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais. **jalamo@medicina.ufmg.br**
12. Docente do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal do Paraná. **mila@ufpr.br**
13. Docente do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal do Paraná. **raul@ufpr.br**

Geralmente se faz presente a ansiedade pela independência, alterações psicológicas, busca de autonomia, definição da própria identidade, influência de amigos, demandas escolares e de trabalho, pressões e modificação das preferências alimentares e rebeldia contra os padrões familiares que fazem dos adolescentes um grupo de risco nutricional (Fisberg, Bandeira, Bonilha, Halpen, & Hirschbruch, 2000).

Aliado a isso, o estilo de vida moderno caracterizado pelo sedentarismo, com aumento do tempo gasto em frente à televisão, vem acompanhado do consumo de alimentos pouco saudáveis, que apresentam altos níveis de gordura e açúcar, colaborando na ocorrência de um balanço energético positivo (Pereira *et al*., 2003) e no aparecimento de enfermidades (Miotto & Oliveira, 2006).

Cabe ressaltar ainda que na puberdade ocorrem modificações na composição corporal, destacando-se às relacionadas ao tecido adiposo, que estão envolvidas com alterações metabólicas, podendo predizer o risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis na idade adulta (Barbosa, Franceschini, & Priore, 2006).

Embora a agregação de fatores de risco de doença cardiovascular seja mais comum na população adulta, nos últimos anos sua presença tem sido observada em indivíduos mais jovens (Brandao, Brandao, Berenson, & Fuster, 2005). Crianças e adolescentes vêm se tornando cada vez mais vulneráveis ao excesso de peso, sendo este um fato preocupante, pois o excesso de gordura corporal, principalmente a abdominal, como tem sido observado nestas fases, está diretamente relacionado com alterações do perfil lipídico, com o aumento da pressão arterial e a hiperinsulinemia, considerados fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, como o diabetes *mellitus* tipo 2 e as doenças cardiovasculares (Oliveira, Mello, Cintra, & Fisberg, 2004).

Em decorrência do desenvolvimento destes fatores de risco ser notório na população jovem, percebe-se que é primordial uma atenção específica para o cumprimento de todas as necessidades nutricionais, especialmente no período da adolescência (Albano & Souza, 2001).

Sendo assim, tais fatos são considerados de relevante importância para o estabelecimento de intervenções com o intuito de modificar os riscos na idade adulta (Carneiro, Kushnir, Clemente, Brandão, & Gomes, 2000), já que a presença de alterações metabólicas e erros alimentares na adolescência podem comprometer o estado de saúde atual e futuro desses indivíduos, remetendo à necessidade de programas específicos para o atendimento nutricional, a fim de se estabelecer uma prática alimentar correta que aliada à realização de atividade física resulta em melhoria das condições de vida e saúde (Faria, Priore, Franceschini, & Peluzio, 2007)

OBJETIVOS

Geral

- Estudar as variáveis antropométricas e de composição corporal em adolescentes que já apresentaram a menarca, de escolas públicas de seis cidades brasileiras.

Específicos

- Caracterizar o perfil antropométrico e de composição corporal das adolescentes de cada cidade a fim de identificar a necessidade de intervenções visando promoção da saúde;
- Avaliar o estado nutricional e a composição corporal das adolescentes de cada cidade do estudo, bem como o comportamento destes entre todas as adolescentes estudadas;
- Comparar o estado nutricional e a composição corporal entre as seis cidades.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo transversal e avaliou adolescentes do sexo feminino, com idade entre 14 e 17 anos, que estudavam em escolas da rede pública de seis cidades brasileiras localizadas nas diferentes regiões brasileiras; sudeste: Viçosa - Minas Gerais (VIC), Rio de Janeiro - Rio de Janeiro (RJ), São Paulo - São Paulo (SP) e Belo Horizonte Minas Gerais (BH); centro-oeste: Brasília - DF (BR), capital do Brasil; e sul: Curitiba - Paraná (CR).

Figura 1. Localização das cidades pertencentes ao estudo.

A amostra foi composta por 424 adolescentes, sendo 23,6% (n=100) de Viçosa – Minas Gerais, 8,9% (n=38) de São Paulo – São Paulo, 18,2% (n=77) do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 15,3% (n=65) de Curitiba – Paraná, 25,5% (n=108) de Belo Horizonte – Minas Gerais e 8,7% (n=37) de Brasília – Distrito Federal.

Os critérios de inclusão foram estar cursando o 1.º ano do ensino médio em escola pública e estar na fase intermediária da adolescência, referente à faixa etária de 14 a 17 anos e já ter apresentado a menarca, no mínimo a um ano.

O estudo foi realizado com as adolescentes que, após tomarem conhecimento, aceitaram participar do projeto e seus responsáveis autorizaram sua participação, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – UFV. A coleta dos dados foi realizada pelas respectivas equipes de cada cidade e posteriormente enviados pelo coordenador de cada cidade para Viçosa-MG.

O percentual de gordura corporal foi estimado, utilizando-se o aparelho de

bioimpedância elétrica bipolar. Os indivíduos submetidos a essa técnica foram orientados a seguir um protocolo prévio que exigia que todas as participantes estivessem em jejum por 12 horas, estar há, pelo menos, 7 dias da data da última menstruação e 7 antes da próxima; não fazer uso de diuréticos pelo menos nos 7 dias anteriores à realização do exame; não realizar exercício físico nas 12 horas anteriores à realização do exame e urinar 30 minutos antes da realização do exame (Barbosa, 2006). A porcentagem de gordura corporal foi analisada, segundo os critérios propostos por Lohman (1992) para adolescentes do sexo feminino: baixo peso < 15%; eutrofia > 15 e < 25%; risco de sobrepeso > 25 e < 30%; sobrepeso > 30%. A massa livre de gordura foi obtida através da diferença do peso de gordura em relação ao peso total, em quilogramas.

Calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) através da relação entre peso corporal total em quilogramas e estatura em metros ao quadrado. Os índices derivados do IMC, Índice de Massa Corporal de Gordura (IMCG) e Livre de Gordura (IMCLG) foram calculados, através da relação entre massa de gordura e livre de gordura em quilogramas, respectivamente, pela estatura em metros ao quadrado (Priore, 1998).

A avaliação do estado nutricional foi realizada através do Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando-se os pontos de corte preconizados pelo *Center for Disease Control and Prevention – National Center for Health Statistics* (CDC/NCHS, 2000). Adolescentes com risco de sobrepeso e sobrepeso foram agrupadas em excesso de peso.

As circunferências da cintura e do quadril foram aferidas utilizando fita métrica, com extensão de 2 metros, flexível e inelástica, dividida em centímetros e subdivida em milímetros. Para a relação cintura/quadril (RCQ) procedeu-se à divisão da circunferência da cintura pela circunferência do quadril.

As análises estatísticas foram feitas com o auxílio dos programas *Epi Info* 6.04 (DEAN *et al*, 1994) e *Sigma-Statistic® for Windows* (Fox, Kuo, Tilling, & Ulrich, 1994). O nível de rejeição da hipótese de nulidade foi fixado em < 0,05 ou 5%.

Foi feito o Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov, caso positivo aplicava-se o Teste de Análise de Variância (ANOVA), usado para três ou mais grupos, sendo completado pelo Teste de Tukey para identificar quais grupos diferiam entre si. Já para as variáveis não paramétricas foi usado o Teste de Kruskal-Wallis, complementado pelo Teste de Comparações Múltiplas de Dunn's. O teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação entre duas variáveis qualitativas.

RESULTADOS

As adolescentes que participaram do estudo tinham idade média de 15,88 ± 0,81 anos e mediana de 15,7 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Mínimo, mediana, máximo, média e desvio padrão de idade em anos das adolescentes.

Cidade	Mínima	Mediana	Máxima	Média	Desvio Padrão
São Paulo	14,60	15,30	16,30	15,40	0,37
Rio de Janeiro	15,10	16,90	17,90	16,78	0,73
Viçosa	14,60	16,10	17,90	16,17	0,82
Belo Horizonte	13,90	15,30	17,20	15,52	0,65
Curitiba	14,70	15,50	17,90	15,58	0,64
Brasília	14,60	15,60	17,60	15,78	0,81
Geral	13,90	15,70	17,90	15,88	0,81

**Teste Kruskal-Wallis e Teste de comparação de Dunn's – Rio de Janeiro > São Paulo, Belo Horizonte, Curitiba, Brasília e Viçosa (p<0,001)*

De acordo com a análise dos indicadores de habitação referentes à qualidade da construção, disponibilidade de infra-estrutura de serviços, densidade de moradores por cômodo e bens, 65,3% (n=277), 34,2% (n=145) e 0,5% (n=2) das adolescentes apresentaram domicílios adequados, deficientes e precários, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Classificação socioeconômica da população estudada

Cidade	Domicílios	
	Adequados	Deficientes/Precários
São Paulo	68,4% (n=26)	31,6% (n=12)
Rio de Janeiro	36,4% (n=28)	63,6% (n=49)
Viçosa	76% (n=76)	24% (n=24)
Belo Horizonte	68,5% (n=74)	31,5% e (n=34)
Curitiba	65,6% (n=42)	34,4% (n=22)
Brasília	83,8% (n=31)	16,2% (n=6)
Geral	65,3% (n=277)	34,7% (n=147)

**Teste qui-quadrado entre todas as cidades. Resultados estatisticamente significativos: Rio de Janeiro x Viçosa (p<0,000); Rio de Janeiro x São Paulo (p=0,001); Rio de Janeiro x Belo Horizonte (p<0,001), Rio de Janeiro x Brasília (p<0,001); Rio de Janeiro x Curitiba (p<0,001), Curitiba x Brasília (p=0,049).*

Pela caracterização das variáveis antropométricas e de gordura corporal foi possível observar que todas as cidades apresentaram valores de médias e ou medianas de porcentagem de gordura corporal superiores ou próximos de 25%.

Bronhara & Vieira (2007) realizaram um estudo com 80 adolescentes do sexo feminino, estudantes da rede pública do município de Alfenas – Minas Gerais, com no mínimo 12 meses pós-menarca. O percentual de gordura corporal obtido pela bioimpedância elétrica vertical teve média e mediana situadas ao redor de 30%, valor este superior ao encontrado nas diferentes cidades avaliadas em nosso estudo. Além disso, os valores de circunferência da cintura e do quadril das adolescentes de Alfenas tiveram média e mediana em torno de 70cm e 95 cm, respectivamente, estando próximos aos encontrados nas seis cidades.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001) a circunferência da cintura permite identificar portadores de obesidade androgênica, sendo uma medida que se apresenta como um marcador de risco para alterações metabólicas independente do IMC. Além disso, a distribuição da gordura corporal assume um papel importante no desenvolvimento do diabetes, sendo que indivíduos com elevada relação cintura quadril apresentam maior risco de desenvolver a doença (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006). No entanto, sabe-se que existe uma variação na medida da circunferência da cintura na adolescência devido ao crescimento físico presente nessa fase (Faria, Priore, Franceschini, & Peluzio, 2007).

A partir da análise dos dados, percebeu-se que para as variáveis antropométricas como peso, %GC, IMC e seus índices derivados, CQ, CC e RCQ, os valores encontrados nas adolescentes do Rio de Janeiro foram superiores ($p<0,05$) à pelo menos duas cidades estudadas para todas estas variáveis. Entretanto, as jovens de São Paulo também se destacaram com valores maiores de circunferência da cintura e RCQ. A análise estatística está descrita na Tabela 3.

Tabela 3. Comparação das variáveis antropométricas e de composição corporal entre as adolescentes nas cidades estudadas.

Variáveis	"p"	Estatística
Peso (kg) *	<0,001	RJ>VIC e BH
Altura (m)**	0,528	----------
% Gordura Corporal *	<0,001	RJ>VIC, CR e BH
IMC (kg/m2) *	<0,001	RJ>VIC, CR, BH e SP
IMCLG (kg/m2)*	<0,001	RJ>VIC, CR, BH, SP e BR
IMCG (kg/m2)*	<0,001	RJ>VIC, CR, BH e SP
Circunferência da cintura (cm)*	<0,001	RJ>VIC, CR, BH e BR SP>VIC e BH
Circunferência do quadril (cm)*	<0,001	RJ>VIC, CR, BH e BR
Relação Cintura/Quadril*	<0,001	RJ>VIC, CR e BH SP>VIC, CR e BH BR>BH e VIC

**Teste Kruskal Wallis e Teste de comparação de Dunn's = variáveis não paramétricas; **Análise de Variância e Teste de Tukey = variáveis paramétricas.*

Assim, de acordo com a antropometria, pode-se perceber que a média de altura foi similar nas diferentes cidades, entretanto a mediana de peso foi estatisticamente mais elevada no Rio de Janeiro ($p<0,001$). Isso talvez refletiu em maiores valores de IMC ($p<0,001$), IMCLG ($p<0,001$) e IMCG ($p<0,001$) encontrados nessa cidade. Valores maiores de circunferência da cintura e da relação cintura/quadril estiveram associados às cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo quando comparado às demais cidades, sendo essa relação significante ($p<0,001$), conforme disposto na Tabela 3.

A prevalência de excesso de peso encontrada foi de 77,4%, sendo esta superior a encontrada por Ribeiro *et al*. (2006) em um estudo epidemiológico realizado com crianças e adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas da cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais, no qual encontrou uma prevalência de 11,5%, segundo pontos de corte propostos pelo CDC (2000). Os dados encontram-se dispostos a seguir no gráfico 1.

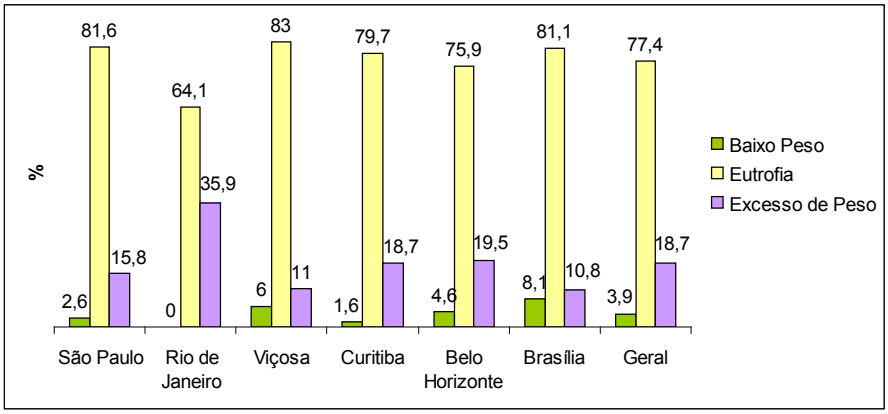
Além disso, quando o estado nutricional foi analisado nas diferentes cidades, verificou-se que houve diferença estatística entre adolescentes com excesso de peso e eutróficas do Rio de Janeiro com as das demais cidades. Apesar de não ser uma causalidade direta, estes achados podem estar ligados ao fato de que as adolescentes do Rio de Janeiro apresentarem nível socioeconômico estatisticamente inferior às adolescentes das outras cidades estudadas, uma vez que o nível socioeconômico pode interferir no estilo de vida do indivíduo. Sendo assim, ele é um importante fator na determinação da obesidade, já que famílias de baixa renda tendem a a consumir dietas de elevada densidade energética, por terem um custo mais acessível (Carvalho *et al*, 2007; Nunes, Figueiroa, & Alves, 2007).

O excesso de peso no Brasil está distribuído em todas os diferentes estratos socioeconômicos da população, porém verifica-se que seu aumento é proporcionalmente mais elevado naqueles de baixa renda, o que torna o problema ainda mais relevante (Pinheiro, Freitas, & Corso, 2004)

Assim, observa-se que apesar da predominância da eutrofia, foram encontradas adolescentes apresentando alterações, como o excesso de peso e elevado percentual de gordura corporal. Tal fato é preocupante, já que a prevalência de obesidade e sobrepeso vem aumentando na população brasileira, assumindo comportamento epidêmico (Batista

Filho & Rissin, 2007).

Gráfico 1. Estado nutricional de adolescentes de seis cidades brasileiras

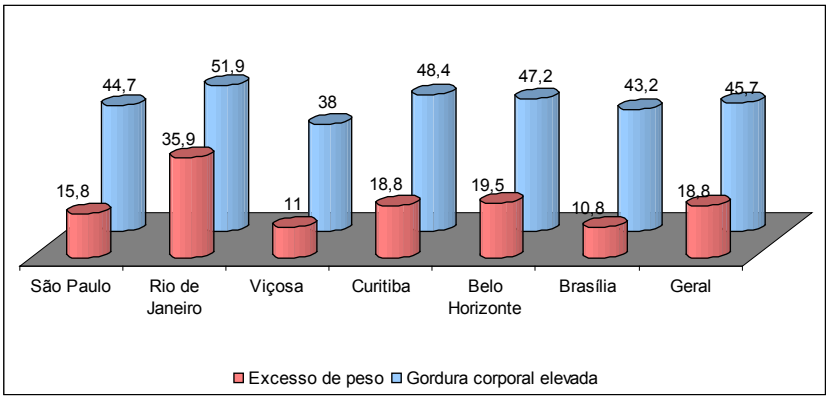


**Teste qui-quadrado entre todas as cidades. Resultados estatisticamente significativos: Rio de Janeiro x Viçosa (p=0,001); Rio de Janeiro x São Paulo (p=0,035); Rio de Janeiro x Belo Horizonte (p=0,024), Rio de Janeiro x Brasília (p=0,021); Rio de Janeiro x Curitiba (p=0,029).*

Com a relação à gordura corporal, 45,7% das adolescentes apresentaram elevada porcentagem (> 25%) (Gráfico 2).

Vieira, Alvarez, Marins, Sichieri, & Veiga (2006) estudaram o percentual de gordura corporal, através da bioimpedância elétrica, em adolescentes entre 12 a 19 anos do município de Niterói – Rio Janeiro e observaram que o valor médio para o sexo masculino foi de 15,4% e para o feminino de 29,7%, sendo significante entre os sexos e faixas etárias (12 a 15 aos e 16 a 19 anos).

Gráfico 2. Percentual de risco quanto ao excesso de peso e gordura corporal elevada em adolescentes de seis cidades brasileiras.



**Teste qui-quadrado entre todas as cidades. Não foi encontrada diferença estatística entre as adolescentes das diferentes cidades.*

Comparando-se o risco para excesso de peso e percentual de gordura corporal elevada entre as cidades, notou-se que as adolescentes do Rio de Janeiro se destacaram com IMC > p85 (35,9%, n=23) e com gordura corporal > 25% (51,9%, n=40), conforme mostra o gráfico 1 e 2.

Ainda avaliando o estado nutricional e o percentual de gordura corporal das adolescentes estudadas, observou-se que dentre as eutróficas, de acordo com o IMC (77,4%), 115 (36,2%) apresentavam excesso de gordura corporal.

O aumento do percentual de adultos obesos reforça a necessidade de avaliar os adolescentes, pois a definição precoce dos fatores ambientais relacionados à gênese da obesidade, incluindo os hábitos alimentares, pode auxiliar na identificação de crianças e adolescentes com riscos aumentados para doenças crônicas, bem como tornar mais efetiva as ações preventivas (Vieira, Priore, Ribeiro, & Franceschini, 2005).

Pelo fato de adolescência ser o período que antecede a idade adulta reconhece-se a necessidade do estabelecimento de ações que reduzam o risco de doenças atual e futuro. A adoção de um estilo de vida saudável por esse grupo refletirá na manutenção da saúde e prevenção de fatores de risco para doenças cardiovasculares. Sendo assim, reforça-se a importância da implementação de estratégias, com participação ativa do jovem, visando melhoria da qualidade de vida (Faria, Priore, Franceschini, & Peluzio, 2007).

CONCLUSÃO

Foram encontrados, entre as adolescentes, alterações para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Além disso, pôde-se observar em todas as cidades a presença de alta porcentagem de gordura corporal, bem como de excesso de peso.

Desta forma, os resultados encontrados têm importantes implicações para a saúde pública das cidades estudadas, pois evidenciam fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis já na adolescência. Tal fato confirma a necessidade de ações de promoção da saúde para este grupo com intuito de propiciar a redução e/ou eliminação dos riscos observados.

Os dados encontrados na literatura nacional referente ao aumento da prevalência de obesidade já neste grupo indicam que a criação de programas específicos voltados para atenção à saúde de adolescentes representa uma necessidade, tendo em vista que é viável a promoção de ações educativas, de âmbito individual ou coletivo, através das escolas, comunidades e da própria família. Tal fato poderá contribuir para melhoria nas condições de vida e saúde desses indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albano, R. D., & Souza, S. B. (2001) Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola pública. *Jornal de Pediatria*, 77 (6), 512-516.

Barbosa, K. B. F. (2006). *Consumo Alimentar e marcadores de risco para a síndrome metabólica em adolescentes do sexo feminino: Comparação entre instrumentos de inquérito dietético*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Viçosa.

Barbosa, K. B. F., Franceschini, S. Do C. C., & Priore, S. E. (2006). Influence of the stages of sexual maturation in the nutritional status, anthropometrics and corporal composition of adolescents. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 6 (4), 375–382.

Batista Filho, M. & Rissin, A. (2007). Nutritional transition in Brazil: geographic and temporal trends. *Caderno Saúde Pública*, 19, 181-191.

Bronhara, B., Vieira, V. C. R. (2007). Body proportion in anthropometric assessment of post-menarche adolescents. *Revista de Nutrição*, 20 (1), 27-37.

Brandao, A. P., Brandao, A. A., Berenson, G. S., & Fuster, V. (2005). *Síndrome metabólica em crianças e adolescentes*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 85(2), 79-81.

Carneiro, J. R. I., Kushnir, M. C., Clemente, E. L. S., Brandão, M. G., & Gomes, M. B. (2000). *Obesidade na adolescência: Fator de risco para complicações Clínico-Metabólicas*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia, 44 (5), 390-396.

Carvalho, D. F. de, Paiva, A. de A., Melo, A. S. de O., Ramos, A. T., Medeiros, J. dos S., Medeiros, C. C. M. de, & *et al* . Blood lipid levels and nutritional status of adolescents. *Rev. Bras. Epidemiol*,10(4), 491-498.

Centers for Disease Control and Prevention – National Centers for Health Statistics, CDC/NCHS (2000) (2002), *Growth charts for the United States: Methods and development*. Vital and Health Statistics, 11 (246).

Dean, A. G. *et al*. Epi Info, *version* 6.04*:* a word processing, database, and statistics program for public health on microcomputers. Genebra: Centers for Disease Control and Prevention/World Health Organization, 1996.

Faria, E. R, Priore, S. E., Franceschini, S. do C. C., & Peluzio, M. do C. G. (2007). *Critérios diagnósticos e fatores de risco para síndrome metabólica, em adolescentes que já apresentaram a menarca, de escolas públicas de Viçosa-MG*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Viçosa.

Fisberg, M., Bandeira, C. R. S., Bonilha, E. A., Halpern, G., & Hirschbruch, M. (2000). Hábitos alimentares na adolescência. *Revista de Pediatria Moderna*, 36, 734-743.

Fox, E., Kuo, J., Tilling, L., & Ulrich, C. (1994). *User's manual – Sigma stat: statistical software for windows*. Germany, Jandel.

Lohman, T.G (1992). *Assesing fat distribuition. In: Advances in body composition assessment: current issues in exercise science*. Illinois, Human Kinetics. Champaign, 57-63.

Miotto, A.C. & Oliveira, A.F.(2006). A influência da mídia nos hábitos alimentares de crianças de baixa renda do Projeto Nutrir. *Revista Paulista de Pediatria*, 24 (2), 115-120.

Nunes, M. M. de A., Figueiroa, J. N., & Alves, J. G. B.. Overweight, physical activity and foods habits in adolescents from different economic levels, Campina Grande (PB). *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 53(2), 130-134.

Oliveira, C. L. de, Mello, M. T. de, Cintra, I. de P., & Fisberg, M. (2004). Obesity and metabolic syndrome in infancy and adolescence. *Rev. Nutr.*, 17 (2), 237-245.

Ribeiro, R. Q. C., Lotufo, P. A., Lamounier, J. A., Oliveira, R. G., Soares, J. F., Botter, D. A. (2006). *Additional Cardiovascular Risk Factors Associated with Excess Weigth in Children and Adolescents*. The Belo Horizonte Heart Study. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 86 (6), 408-418.

Pereira, L. O., Francischi, R. P., & Lancha Jr., A. H. (2003). *Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 47 (2), 111-127.

Pinheiro, A. R. de O., Freitas, S. F. T. de, & Corso, A. C. T.. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Rev. Nutr.*, 17(4), 523-533.

Priore, S. E. (1998). *Composição corporal e hábitos alimentares de adolescentes: uma contribuição à interpretação de indicadores do estado nutricional* [Tese de doutorado]. Universidade Federal de São Paulo -Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM).

Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001). *III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretriz sobre prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Arq Bras Cardiol.

Sociedade Brasileira de Diabetes (2006). *Atualização brasileira sobre diabetes*. Diagraphic,

1-140.

Vieira, A. C. R., Alvarez, M. M., Marins, V. M. R. de, Sichieri, R., & Veiga, G. V. da (2006). Desempenho de pontos de corte do índice de massa corporal de diferentes referências na predição de gordura corporal em adolescentes. *Caderno de Saúde Pública*, 22(8), 1681-1690.

Vieira, V. C. R., Priore, S. E., Ribeiro, S. M. R., & Franceschini, S. do C. C. (2005). Alterações no padrão alimentar de adolescentes com adequação pôndero-estatural e elevado percentual de gordura corporal. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 5 (1), 93-102.

World Health Organization (2005). *Nutrition in adolescence – issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development*, 1-115.

AS ESCOLHAS ALIMENTARES NUMA ABORDAGEM INTEGRADA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E EDUCAÇÃO AMBIENTAL: UM CASO DE ESTUDO NO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Mafalda Nunes[1] & Tânia Ferreira[2]

Resumo

A alimentação, para além de ser um dos factores que mais afectam a saúde, também influencia o ambiente. Consequentemente, face à múltipla oferta de bens alimentares, é necessário saber escolher o que comer. Objectivou-se então contribuir para um consumo de alimentos ambientalmente mais sustentáveis e mais saudáveis por parte de crianças do 1.º ciclo. Observou-se um consumo intensivo de carne como fonte de proteína nas refeições principais, tendo esta opção graves consequências ambientais, e um muito reduzido consumo de fruta ao pequeno-almoço e lanches.
Esta intervenção teve um carácter piloto, tendo por isso o intuito de aferir os métodos utilizados e possibilitar uma acção futura ainda mais eficaz.

Palavras-chave

Educação para a saúde; educação ambiental; alimentos.

INTRODUÇÃO

Hoje em dia há uma consciência crescente de que os hábitos de consumo de parte da Humanidade podem lesar o ambiente, nomeadamente devido à utilização dos recursos naturais a uma velocidade superior à da sua reposição pela natureza, mas também à dificuldade de dar aos muitos resíduos que são produzidos um destino adequado. Além disso, o próprio processo de produção de bens de consumo pode levar à poluição da água, ar e solo.

Estas circunstâncias ameaçam a sobrevivência de várias espécies e, em última análise, o próprio ser humano.

Surge então a necessidade de procurar alcançar uma distribuição inter e intrageracional mais equitativa do uso de recursos e de limitar as diferentes formas de poluição através de um desenvolvimento sustentável. Este foi definido pela da Comissão Brundtland como aquele que procura satisfazer as necessidades das gerações actuais sem comprometer a capacidade das gerações futuras satisfazerem as suas necessidades.

A produção, processamento, distribuição e consumo de alimentos são responsáveis pela utilização intensiva de recursos e demonstrou-se terem grandes consequências ambientais (Duchin, 2004; McMichael, 2005; White 2000).

Por definição, a agricultura altera os ecossistemas e o ambiente biogeofísico estando a exploração agrícola frequentemente ligada à excessiva exploração dos recursos naturais levando à perda da biodiversidade, desflorestação, erosão do solo, salinização, poluição da água e solo, diminuição e das reservas de água e transmissão de doenças para populações humanas (McMichael, 2005). A actividade agrícola também é uma grande responsável

1. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. **mmn@estsp.ipp.pt**
2. Aluna da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. **tanyyferreira@hotmail.com**

pela emissão de gases com efeito de estufa. No entanto, diferentes tipos de práticas agrícolas têm diferentes níveis de impacto no meio ambiente, nomeadamente:

- O regime de exploração agrícola intensivo tem fortes implicações negativas no meio ambiente. Por outro lado, a agricultura biológica minimiza estes impactos uma vez que "tem um é um sistema de produção holístico, que promove e melhora a saúde do ecossistema agrícola, ao fomentar a biodiversidade, os ciclos biológicos e a actividade biológica do solo. Privilegia o uso de boas práticas de gestão da exploração agrícola, em lugar do recurso a factores de produção externos, tendo em conta que os sistemas de produção devem ser adaptados às condições regionais. Isto é conseguido, sempre que possível, através do uso de métodos culturais, biológicos e mecânicos em detrimento da utilização de materiais sintéticos" FAO/WHO (2007). Foster *et al*. (2006) e Collins e Fairchild (2007) referem que não há duvidas que, para muitos alimentos, os impactos da agricultura biológica são menores do que aqueles causados pela produção equivalente recorrendo à agricultura convencional. A agricultura integrada incorpora aspectos da agricultura convencional e da agricultura biológica, procurando gerir objectivos de produção e ambientais.

- Os valores de perdas de energia, as necessidades de água e a produção de gases com efeito de estufa para a produção animal intensiva são impressionantes, mas bastantes diversos em função da espécie animal produzida. Por exemplo bovinos ingerem aproximadamente 7 kg de cereais para originar 1 kg de carne e os suínos requerem cerca de 4 kg de cereais para gerar 1 kg. Aves como frangos e perus são mais eficientes requerendo 2 kg de alimento por kg de carne produzida (White, 2000). As emissões de dióxido de carbono resultantes da produção de 1 kg de carne também variam desde 34,6 kg para os bovinos, 6,35 kg para os suínos e 4,57 no caso dos frangos (Foster *et al*., 2006).

- A produção animal intensiva pode aumentar a incidência de doenças nos animais, a emergência de novas doenças, frequentemente resistentes a antibióticos e poluição do ar, água subterrânea e superficial associada aos resíduos animais (Tilman *et al*., 2002).

A distância percorrida pelos alimentos desde o local onde foram produzidos até à casa do consumidor tem implicações, por exemplo, no consumo energético dos veículos que fazem o transporte e na energia consumida para garantir a sua conservação por processos de refrigeração. Optar por produtos fora da sua época normal de maturação normalmente acarreta maiores custos ambientais afectos ao transporte ou à produção em estufas.

As embalagens ajudam a preservar os alimentos sendo por isso necessárias em algumas circunstâncias. No entanto, é visível, sobretudo em grandes superfícies comerciais alimentos como frutas, legumes, carne, etc. embalados sobretudo por questões comerciais. Às embalagens estão associados consumo de matérias-primas, poluição e produção de resíduos após a sua (por vezes curta) utilização.

Através das múltiplas formas referidas a produção, processamento, distribuição e consumo de alimentos agrícolas condiciona o ambiente. No entanto, o futuro da produção de alimentos está profundamente ligado ao futuro do ambiente: se não houver uma alteração em relação às emissões de gases com efeito de estufa as alterações climáticas tornarão o clima mais instável o que provavelmente irá prejudicar a produção agrícola. Por outro lado, a subida do nível da água do mar levará à diminuição dos terrenos agrícolas.

No entanto, nem sempre se verifica a percepção de que as escolhas alimentares podem ter diferentes níveis de implicações no meio ambiente e que, ao optar por alimentos com um menor impacto ambiental, se está a contribuir para a sustentabilidade ambiental.

As complexas ligações entre a alimentação e a degradação ambiental só recentemente começaram a ser exploradas, enquanto a ligação entre a alimentação e saúde está a ser investigada há bastante mais tempo.

As escolhas alimentares dos indivíduos são influenciadas por variáveis de natureza social, económica, cultural e contextual que se relacionam e influenciam de uma forma complexa.

A estrutura da alimentação no mundo em desenvolvimento está a sofrer alterações. A mudança parte de uma dieta dominada por cereais (pouco ou parcialmente processados), vegetais e legumes, para uma alimentação onde predominam os alimentos processados e onde os alimentos de origem animal representam uma maior proporção das calorias ingeridas. As maiores alterações verificam-se no considerável aumento do consumo de óleos vegetais, açúcares extrínsecos aos alimentos e de alimentos de origem animal, com graves consequências para a saúde. Outras alterações incluem uma acentuada redução no consumo de frutas, vegetais e cereais integrais (Popkin, 2006) estando comprovado que o consumo insuficiente de frutas e legumes aumenta o risco de doenças crónicas não transmissíveis, como as cardiovasculares e alguns tipos de cancro, e está entre os 10 factores de risco que mais causam mortes e doenças em todo o mundo (World Health Organization, 2002). Do ponto de vista individual ter uma alimentação mais apelativa para o paladar por ser rica um gorduras ou açúcares pode ser desejável (Popkin, 2003).

De facto, nas sociedades ocidentais, muitas das doenças crónicas responsáveis por doença e mortalidade prematura (obesidade, cancro, doenças cardiovasculares, osteoporose, entre outras) estão directamente relacionadas com a prática alimentar.

A prevenção da doença e a preservação da saúde dependerão sempre, numa larga medida, da adopção de estilos de vida saudáveis. Estilos de vida estes que são acima de tudo o resultado do combate a comportamentos de risco e da aquisição de conhecimentos e competências necessárias à adopção de hábitos e rotinas saudáveis. É por exemplo necessário investir em estratégias que levem ao aumento da ingestão de frutas e legumes e de produtos ricos em fibras (Popkin, 2003).

A idade escolar é uma etapa chave para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de capacidades que possibilitarão a aprendizagem de hábitos alimentares saudáveis. É também nesta etapa que as crianças poderão adquirir um conjunto de informações que os tornem futuros consumidores mais responsáveis.

A Educação Ambiental e a Educação para a Saúde deverão procurar alcançar uma mudança de atitudes. De preferência as alterações não se devem limitar a aspectos comportamentais individuais mas procurar que os alunos tenham o papel de induzir mudanças de atitudes de consumo e alimentação no seu núcleo familiar. Desta forma, consideraram-se os alunos não apenas como elementos fundamentais no futuro, mas também no presente uma vez que tomam e influenciam decisões que vão determinar a sua saúde e podem contribuir para a sustentabilidade do planeta.

O objectivo geral desta acção foi o de contribuir para um consumo de alimentos ambientalmente mais sustentável e mais saudável por parte de crianças do 1.º ciclo. Esta intervenção teve um carácter piloto, tendo por isso o intuito de aferir os métodos utilizados e possibilitar uma acção mais eficaz nas repetições que se pretendem efectuar em outras escolas durante o ano lectivo de 2008/2009.

Os objectivos específicos foram:

- Sensibilizar e consciencializar as crianças para o consumo sustentável;
- Promover a revisão de valores e de hábitos de consumo;

- Desenvolver atitudes críticas face aos produtos alimentares;
- Averiguar o peso do consumo de carne na alimentação das crianças, o tipo de carne predominante na sua dieta alimentar dos alunos e se a fruta fazia parte do pequeno-almoço e dos lanches da manhã e da tarde.
- Promover junto dos alunos hábitos alimentares mais saudáveis incluindo fruta ao pequeno-almoço e lanches da manhã e da tarde;
- Explicar os diversos modos de produção dos alimentos, nomeadamente agricultura intensiva e agricultura biológica relacionando-os com os impactos no ambiente;
- Promover a escolha de alimentos com menor impacto no ambiente através de uma maior proximidade do local de produção e menor quantidade de embalagem supérflua.

MATERIAL E MÉTODOS

A intervenção de educação ambiental e educação alimentar envolveu três turmas, num total de 57 crianças (58% meninos e 42% meninas) que frequentavam o 3.º e 4.º anos de escolaridade de escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico pertencentes ao concelho de Gondomar.

Para caracterizar o consumo alimentar das crianças foi pedida a colaboração dos alunos e dos pais para o preenchimento de uma tabela de registo do consumo de alimentos. Acederam a participar nesta acção 26 alunos. Foi entregue a cada criança um impresso contendo orientações para o seu preenchimento no sentido de que o aluno deveria anotar tudo o que comesse e bebesse durante 3 dias (6.ª feira, Sábado e Domingo) assim como os horários de cada refeição. A análise destes registos foi feita no sentido de averiguar:

- O peso do consumo de carne na alimentação destas crianças;
- O tipo de carne predominante na dieta alimentar dos alunos;
- A inclusão de fruta no pequeno-almoço e nos lanches da manhã e da tarde.

A intervenção foi efectuada por turma.

Inicialmente, através da simulação de um supermercado registou-se qual a opção individual dos alunos perante a necessidade proposta de comprar fruta, nomeadamente maçãs, bananas e peras, sendo que era possível escolher entre:

- Maçãs pré-embaladas *vs* maçãs a granel;
- Bananas provenientes do Brasil *vs* bananas provenientes da Madeira;
- Peras produzidas através de agricultura biológica *vs* peras produzidas por agricultura intensiva.

Seguia-se uma apresentação oral com recurso a materiais audiovisuais em que se apresentavam:

- Nova roda dos alimentos;
- Necessidade de ingerir 5 porções de fruta e legumes por dia e alertando para a possibilidade desejável incluir a fruta no pequeno-almoço ou lanche da manhã;
- Fontes alternativas de proteínas;
- Relação entre as escolhas alimentares e a pressão sobre o ambiente destacando:

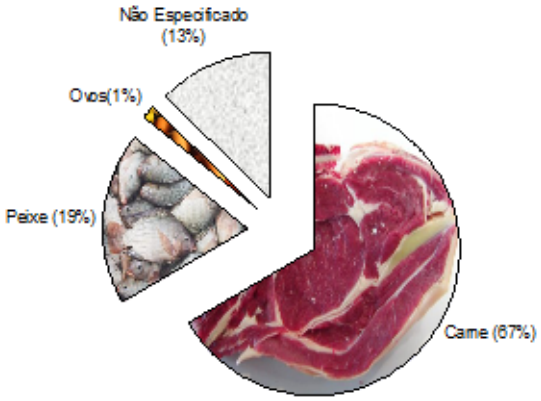
- A agricultura biológica;
- A opção por produtos alimentares a granel diminuindo a quantidade de embalagens;
- A preferência por alimentos produzidos próximo do local onde vivemos;
- A necessidade de limitar o consumo de carne e optar pelas carne que tem menos impactos no ambiente.

O indicador utilizado para aferir a taxa de sucesso da intervenção foi o número de alunos que modificaram as suas condutas e crenças. Para tal era repetida a escolha da fruta por parte dos alunos e as suas opções eram registadas e comparadas com aquelas que foram efectuadas inicialmente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

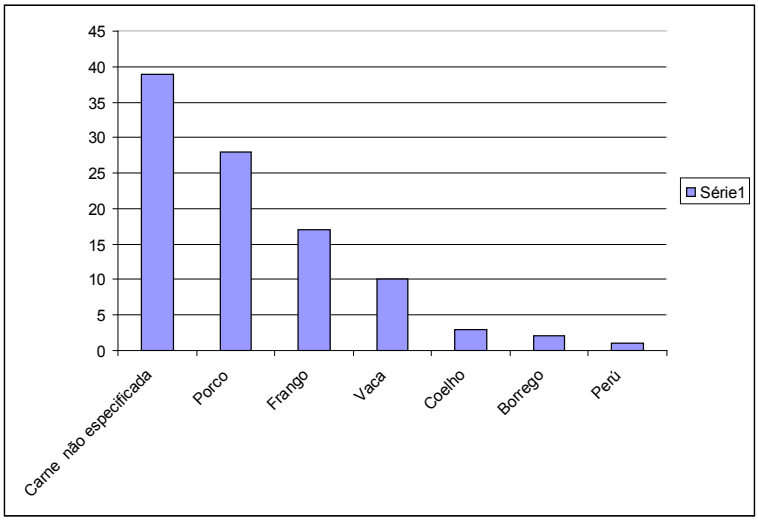
Observou-se que o peso do consumo de carne na alimentação das crianças estudadas é muito significativo fazendo parte de 67% das refeições realizadas nos três dias de registo (Figura 1) e implicando um impacto significativo ao nível ambiental, tal como já foi dito anteriormente. Desta forma, durante a apresentação procurou-se apresentar esta situação e demonstrar como se pode diminuir a pressão sobre o ambiente através das nossas escolhas alimentares. O consumo de peixe e ovos pela amostra era muito baixo.

Figura 1. Origem das proteínas ingeridas nas refeições principais



Quanto ao tipo de carne predominante na dieta alimentar dos alunos (Figura 2) verificou-se que grande parte (39%) das refeições que incluíram carne foram referidas pelas crianças como refeições de carne sem especificarem o seu tipo, o que dificulta a avaliação deste parâmetro. Contudo verificou-se que o consumo mais significativo era de carne de porco (28%) e frango (17%).

Figura 2. Tipo de carne consumida pelos alunos.

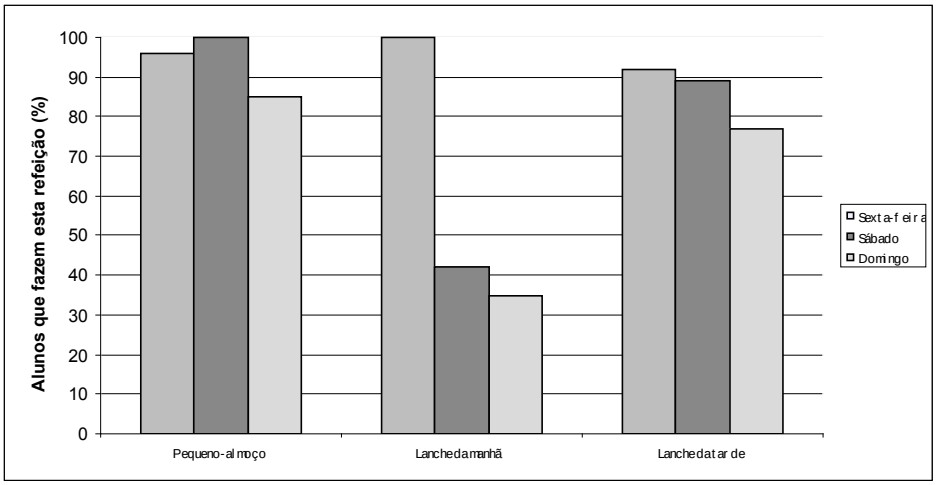


Quanto aos resultados obtidos relativamente à análise das tabelas de registo no que diz respeito ao pequeno-almoço e lanches (Figura 3 e Quadro 1), verificou-se que grande parte das crianças toma a primeira e mais importante refeição da manhã, mas este pequeno-almoço pode ser considerado como sendo incompleto, uma vez que nenhuma criança ingere fruta.

Observa-se que o lanche da manhã é realizado pela totalidade das crianças durante o período escolar (100%), mas no fim-de-semana este atinge valores relativamente baixos (42% e 35% ao Sábado e Domingo, respectivamente). Também se verifica que são poucas as crianças que incluem fruta no seu lanche da manhã.

O lanche da tarde é uma refeição praticada pela maioria das crianças tanto no período escolar (92%), como durante o fim-de-semana (89% e 77% ao Sábado e Domingo, respectivamente). Contudo também nesta refeição se verifica um deficiente consumo de fruta.

Figura 3. Alunos que consomem o pequeno-almoço e lanches.



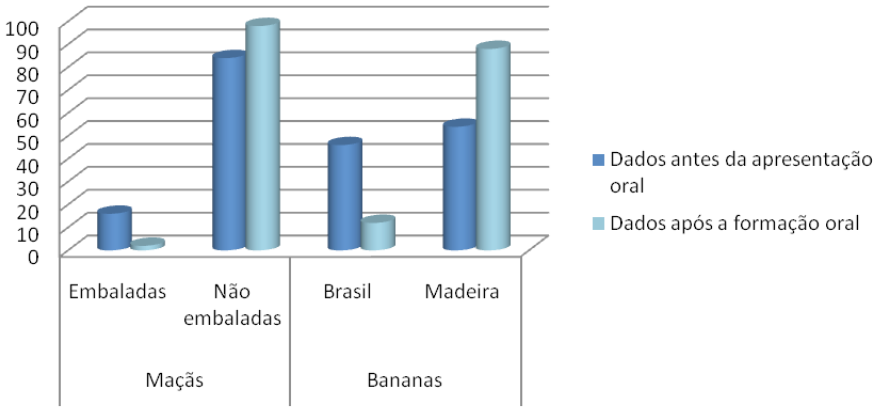
Quadro 1. Inclusão de fruta no pequeno-almoço e nos lanches da manhã e da tarde.

Dias	Pequeno-almoço	Lanche da manhã	Lanche da tarde
Sexta-feira	0	4%	17%
Sábado	0	18%	13%
Domingo	0	11%	5%

Através da realização da simulação do supermercado (Figura 4) podemos constatar que:

- A escolha inicial entre maças pré-embaladas *vs* maçãs a granel foi modificada após a apresentação oral, tendo os alunos preferido as maças a granel às maçãs pré-embaladas (86% inicialmente e 98% após a exposição oral).
- Relativamente as bananas provenientes do Brasil *vs* bananas provenientes da Madeira ocorreu uma maior preocupação na escolha do produto tendo em conta a origem, após a exposição, dando assim preferência às bananas vindas da Madeira (54% antes e 88% dos alunos após a apresentação).
- A escolha entre Peras produzidas através de agricultura biológica vs peras produzidas por agricultura intensiva não foi posta em prática devido à dificuldade de explicar este conceito a alunos desta faixa etária.

Figura 4. Opções efectuadas pelos alunos.



CONCLUSÕES

A informação obtida através da tabela de registo do consumo de alimentos foi bastante importante para caracterizar os hábitos alimentares dos alunos no que diz respeito às fontes de proteínas animais e ao consumo de fruta ao pequeno-almoço e lanches.

Observando-se que a amostra apresenta um elevado consumo de carne, em detrimento de outras fontes de proteínas animal, tal como o ovo e o peixe. A forma de carne predominante não é a que tem os menores impactos ambientais. Podemos concluir então, que as escolhas alimentares por parte da amostra não são as mais sustentáveis em termos ambientais. Durante e após a apresentação oral verificou-se um grande interesse dos alunos por esta situação.

Por outro lado, não consomem as porções de fruta desejáveis (3-5 porções), o que

poderá trazer consequências para a saúde, tais como, doenças crónicas.

No entanto esta forma de recolha de informação alimentar apresentou algumas limitações devido ao relativamente pequeno número de alunos que a preencheram e a alguma falta de clareza da informação que era dada pela faixa etária que escolhemos.

Em relação ao indicador usado para avaliar o sucesso da acção que se relacionava com as escolhas por parte dos alunos de alimentos que implicassem um menor transporte e menor produção de resíduos devido a embalagens concluiu-se que a opção pela situação ambientalmente mais sustentável era tomada por maior percentagem de alunos após a formação.

Através da realização deste projecto-piloto podemos verificamos um grande interesse por parte dos alunos pelos temas apresentados sendo é necessário investir e implementar junto das escolas mais programas de educação ambiental e educação para a saúde, para que futuramente tenhamos uma população com uma maior consciencialização ambiental e uma vida mais saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Collins, A. & Fairchild, R. (2007). Sustainable food consumption at a sub-national level: An ecological footprint, nutritional and economic analysis. *Journal of Environmental Policy & Planning, 9*:1, 5-30.

Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar. Circular Normativa n.º 7/DSE. 2006-06-29. Programa Nacional de Saúde Escolar.

FAO/WHO (2007). Codex Alimentarius Comission Procedural Manual, seventeenth edition.

Foster, C., Green, K., Bleda, M., Dewick, P., Evans, B., Flynn, A. & Mylan, J. (2006). Environmental impacts of food production and consumption: A report to the department for Environment, Food and Rural Affairs. Manchester Business School. Defra, London.

Goodland, R., (1997). Environmental sustainability in agriculture: Diet matters. *Ecological Economics, 23* (3), 189-200.

McMichael, A. J. (2005) Integrating nutrition with ecology: Balancing the health of humans and biosphere, *Public Health Nutrition, 8*(6A), 706–715.

Popkin, B. M. (2002). The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from the past experiences! *Public Health Nutrition*, *5*(1A), 205-214.

Popkin, B. M. (2003). The nutrition transition in the developing word. *Development Policy Review, 21*(5-6): 581-597.

Popkin, B. M. (2006). Technology, transport, globalization and the nutrition transition food policy. *Food Policy, 31*, 554-569.

Tilman, D., Cassman, K. G., Matson, P. A., Naylor, R. & Polasky, S. (2002). Agricultural sustainability and intensive production practices. *Nature, 418*, 671-677.

White, T. (2000). Diet and the distribution of environmental impact. *Ecological Economics*, *34*(234), 145–153

World Commission on Environment and Development, (1987). Our Common Future. Oxford University Press, Oxford.

World Health Organization. (2002). The world report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization.

AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO EXCESSO DE PESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

Sara Lopes[1] & Ana Rito[2]

Resumo

Alguns estudos sugerem que a obesidade quando surge precocemente nos primeiros anos de vida predispõe à sua presença em idades mais tardias e que a prevalência desta doença aumenta com a idade. O objectivo deste estudo é avaliar a evolução do excesso de peso e obesidade, em dois momentos distintos, num intervalo de 3 anos, em crianças em idade escolar, inseridas num programa de educação para a saúde. Foi avaliado o estado nutricional de 41 crianças no ensino pré-escolar (2005) e ensino básico (2008), considerando o IMC em relação aos percentis do CDC. A média de idades foi de 4,4 anos (2005) e 6,8 anos de idade (2008). A prevalência de excesso de peso (IMC≥P85) aumentou de 12,2% para 19,5% nos dois períodos de tempo considerados. No entanto, observou-se que a prevalência de obesidade (IMC≥P95) diminuiu de 4,9% (2005) para 2,4% (2008). As médias estaturais indicaram que as raparigas eram mais altas que o rapazes na ordem dos 1,7cm (2005) e 1,13 cm (2008), sendo a mesma evidência observada em relação ao peso em 2008 (0,49kg). Comparativamente a Rito (2004) e salvaguardando o tamanho amostral, este estudo reportou valores de excesso de peso relativamente inferiores (7,14% nas raparigas e 7,42% nos rapazes) em crianças em idade pré-escolar no mesmo concelho (Coimbra), o que pode indicar que escolas promotoras de saúde possam ser protectoras neste processo. Estes resultados enfatizam, uma vez mais, a necessidade de conhecer todos os determinantes conducentes à obesidade infantil, evidenciando a importância da escola como ferramenta promotora de saúde e a aposta em programas de intervenção o mais cedo possível.

Palavras-chave

Excesso de peso; obesidade infantil; educação para a saúde.

INTRODUÇÃO

Segundo a *International Obesity Task Force* pelo menos 155 milhões de crianças em todo o mundo, em idade escolar, apresentam excesso de peso[i]. As tendências sugerem que os números continuarão a aumentar, prevendo-se que na Europa, no ano de 2010, uma em cada dez crianças em idade escolar seja obesa[ii]. Por si só, a obesidade está associada a um aumento de mortalidade e morbilidade, contribuindo substancialmente para a ocorrência de doença na infância, decréscimo substancial da qualidade de vida e declínio da esperança de vida[iii,iv,v]. O rápido aumento da prevalência da obesidade tem vindo a enfatizar a necessidade de se acelerar o processo de desenvolvimento e avaliação de programas e políticas, com o objectivo de promover a actividade física e hábitos alimentares saudáveis em crianças[ii]. A infância e a adolescência têm sido propostas como períodos críticos para o desenvolvimento de obesidade[vi], devendo constituir estas faixas etárias o público-alvo de programas de Educação para a Saúde (EpS). Neste campo são de especial interesse as crianças entre os 2 e 5 anos de idade, visto que os hábitos relativos à alimentação e actividade física parecem começar a estabelecer-se neste período de vida[vii]. Outra questão relacionando a infância como um período-chave para intervenções que promovam a saúde prende-se com o facto de se crer que mudanças comportamentais

1. Universidade Atlântica. **sarafilipalopes@msn.com**
2. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP. **ana.rito@insa.min-saude.pt**

focadas na dieta e actividade física, com início no período escolar básico, persistam até à adolescência[viii] resultando, a longo-prazo, em estilos de vida mais saudáveis. Da mesma forma a literatura indica que a obesidade quando surge precocemente nos primeiros anos de vida predispõe à sua presença em idades mais tardias[ix]. Estudos em coortes revelam que, de forma geral, crianças com um Índice de Massa Corporal (IMC) elevado na infância têm um risco aumentado de obesidade com a progressão da idade[ix]. Assim, podemos inferir a necessidade e urgência de conhecer, avaliar e acompanhar esta problemática permitindo dar suporte a programas de intervenção em obesidade infantil devendo os mesmos ter início o mais precocemente possível.

O objectivo deste trabalho é avaliar a evolução do excesso de peso e obesidade em dois momentos distintos, em crianças em idade escolar, inseridas num programa de educação para a saúde.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

O estudo decorreu nos estabelecimentos escolares da Fundação Bissaya Barreto (FBB) em Coimbra.

Foram acompanhadas 41 crianças de 2005 a 2008 estando as mesmas a frequentar o pré-escolar no primeiro momento do estudo e a frequentar o ensino básico em 2008.

Foi avaliado o estado nutricional das crianças em estudo através dos parâmetros antropométricos (peso e estatura). O peso foi obtido com balança electrónica digital Joyteca® e a estatura com estadiómetro Seca®. Os procedimentos seguiram a metodologia de Rito[ix] e a classificação do estado nutricional considerou o Indice de Massa Corporal em relação aos percentis do CDC[x] considerando excesso de peso quando P85≤IMC<P95 e obesidade quando IMC≥P95.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DA FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO

O Programa de Educação para a Saúde da Fundação Bissaya Barreto está em vigor desde 1992. Trata-se de um programa multidisciplinar, que tem vindo a ser melhorado gradualmente, actuando em várias vertentes. É dirigido pelo Serviço de Nutrição e Centro de Investigação Obesidade Online da Fundação Bissaya Barreto.

Os seus principais pontos de intervenção assentam na vigilância do estado nutricional, oferta de alimentação saudável, gestão do serviço alimentar (formação profissional, alimentos de qualidade e espaços de refeição criativos e alegres), educação alimentar às crianças, educação alimentar às famílias e prática de exercício físico.

ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para análise estatística dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 16.0.

A estatística baseou-se em médias e desvio-padrão para variáveis cardinais e frequências para variáveis ordinais e nominais.

RESULTADOS

A amostra era constituída por um total de 41 crianças, das quais 34,1% eram do género feminino e 65,9% do género masculino. Em 2005 a média de idades era de 4,4 anos e em 2008 de 6,8 anos de idade. Em 2008, 46,3% das crianças frequentavam o 1.º ano do ensino básico e 53,7% o 2.º ano.

A média de estatura em 2005 era de 109,19 cm e peso 18,97 kg. Em 2008 a média de estatura era de 122,14 cm e peso a 24,44 kg . Tanto no ano 2005 como no ano 2008, a média estatural feminina foi superior à masculina. Já em relação ao peso e somente no ano 2005 observou-se o inverso com os meninos mais pesados que as meninas (Tabela 1).

Em 2005, 87,8% das crianças apresentavam peso saudável, 7,3% excesso de peso (P85 ≤ IMC < P95) e 4,9% obesidade (IMC ≥P95). Já em 2008, eram 80,5% as crianças com peso saudável, 17,1% com excesso de peso e 2,4% com obesidade (Tabela 2).
Assim, verificou-se um aumento da prevalência de excesso de peso, mais obesidade, de 12,2% em 2005, para 19,5% no ano de 2008 (Gráfico 1). É de notar que a prevalência de excesso de peso em raparigas aumentou de 7,14% (em 2005) a 28,6% (em 2008), não variando em termos de obesidade entre os dois anos (a percentagem foi de 0%). Nos rapazes, o excesso de peso de 7,42% (em 2005) passou a 11,1% (em 2008). Relativamente a obesidade, esta diminuiu de 7,42% (2005) a 3,7% (2008) no género masculino (Tabela 2).

A média de IMC passou de 15,79 kg/m2, em 2005, a 16,32 kg/m2, em 2008. Tendo-se verificado também um aumento dentro de cada género. Nas raparigas verificou-se um aumento de 15,4 kg/m2 (2005) para 16,3 kg/m2 (2008). Já nos rapazes a média de IMC passou de 15,9 kg/m2 (2005) a 16,3 kg/m2 (2008).(Tabela 3).

Gráfico 1. Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças em idade pré-escolar (2005) e ensino básico (2008).

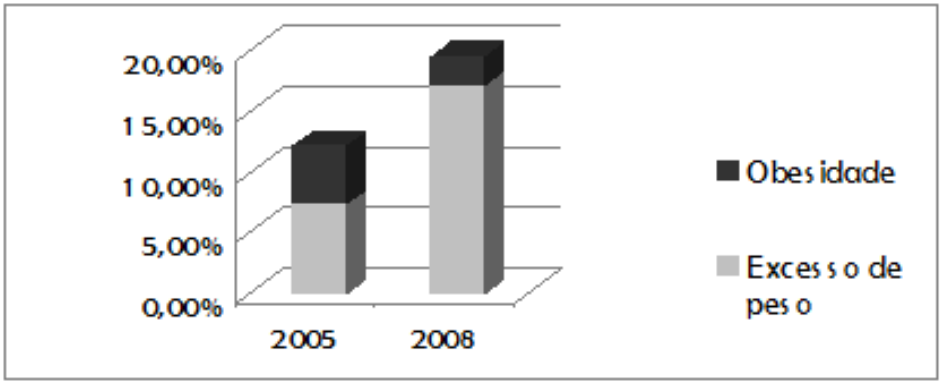


Tabela 1. Médias de estatura e peso das crianças em estudo, por género, em 2005 e 2008.

Género		Estatura (cm) 2005	Peso (Kg) 2005	Estatura (cm) 2008	Peso (Kg) 2008	N
Feminino	Média	110,31	18,90	122,89	24,76	14
Masculino	Média	108,61	19,01	121,76	24,27	27
Total	Média	109,19	18,97	122,14	24,44	41

Tabela 2. Classificação das crianças, de acordo com o IMC, em 2005 e 2008.

Classificação	2005			2008		
	Género feminino	Género masculino	Total	Género feminino	Género masculino	Total
Peso saudável	92,89% (N=13)	85,2% (N=23)	87,8% (N=36)	71,4% (N=10)	85,2% (N=23)	80,5% (N=33)
Excesso de peso	7,14% (N=1)	7,42% (N=2)	7,3% (N=3)	28,6% (N=4)	11,1% (N=3)	17,1% (N=7)
Obesidade	0% (N=0)	7,42% (N=2)	4,9% (N=2)	0% (N=0)	3,7% (N=1)	2,4% (N=1)
Total	100% (N=14)	100% (N=27)	100% (N=41)	100% (N=14)	100% (N=27)	100% (N=41)

Tabela 3. Média de IMC das crianças, por género, em 2005 e 2008.

	Género	N	Média	Média total
IMC 2005	Feminino	14	15,400	15,793
	Masculino	27	15,996	
IMC 2008	Feminino	14	16,329	16,324
	Masculino	27	16,322	

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Numa amostra de crianças que frequentavam em 2005 o ensino pré-escolar e em 2008 o ensino básico foi observado um aumento na prevalência de excesso de peso Este aumento confirma o descrito em Padez, *et al*[iii] quando dizem que o IMC tem vindo a aumentar em crianças portuguesas, ocorrendo um aumento mais acentuado no que respeita ao peso. Outro dos pontos a sublinhar é o facto das raparigas apresentarem valores médios de estatura e peso superiores aos dos rapazes em ambos os momentos de avaliação, à excepção do ano de 2005 relativamente ao peso, tendo-se verificado, igualmente, um crescimento acentuado no que respeita a excesso de peso em raparigas, sendo a prevalência deste superior à dos rapazes em 2008. Estes resultados vão de encontro ao observado por Padez, *et al*[iii] em crianças dos 7 aos 9 anos de idade, onde as raparigas apresentavam maior percentagem de excesso de peso que os rapazes aos 7 anos de idade[iii]. O aumento de crianças com excesso de peso foi outra das ocorrências verificada neste estudo que vai de encontro a todas as tendência actuais de aumento de excesso de peso e de obesidade infantil. No entanto, verificou-se uma redução na prevalência de obesidade infantil (IMC≥ P95) entre os anos de 2005 e 2008.

Entenda-se que em ambos os momentos as crianças participaram do mesmo programa de EpS da FBB, que por si só contribui para uma vivência escolar promotora da saúde. Note-se que embora todas as vertentes deste programa sejam conducente a hábitos e estilos de vida saudáveis, estas não estão controladas, nem avaliadas incluindo a influência/peso do meio familiar neste processo. A este respeito Doak, *et al*[xi] referiu que as intervenções inseridas em programas de promoção e educação para a saúde são mais bem sucedidas num número maior de crianças e em menor tempo de intervenção, o que efectivamente não se verifica neste Programa de EpS da FBB. No entanto, salvaguardando o tamanho amostral é importante evidenciar que, comparando os valores de excesso de peso das crianças do presente estudo (7,14% raparigas e 7,42% rapazes) estes são consideravelmente inferiores, com os de Rito[ix] que, com base nos mesmos critérios de classificação, reportou uma prevalência de excesso peso de 19,1% nas raparigas e de 15,9% nos rapazes em crianças em idade pré-escolar do mesmo concelho (Coimbra) que as crianças em estudo.

Este estudo mostrou, assim, que se torna cada vez mais importante conhecer todos os determinantes que levam ao processo da obesidade infantil, evidenciando mais uma vez a importância da escola como ferramenta promotora da saúde e reforçando a aposta em programas de intervenção o mais cedo possível, contrariando assim a tendência crescente desta doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(i) Bessa, M., Valente, H., Cordeiro, T., Padrão, P., Moreira, A., Lopes, C., *et al*. (2008). Ingestão de alimentos fluidos e risco de excesso de peso em crianças. *Acta Med Port.*, 21(2): 161-170.

(ii) Laserre, A.M., Chiolero, A., Paccand, F. & Bovet, P. (2007). Worldwide trends in childhood obesity. *Swiss Med Wkly*, 137:157-158).

(iii) Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: Trends in Body Mass Index from 1979-2002. *American Journal Of Human Biology*, 16:670-678.

(iv) Veugelers, P.J. & Fitzgerald, A.L. (2005) Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. *CMJA*, Sept.12, 173(6).

(v) Moodie, R., Swinburn, B., Richardson, J. & Somaini B. (2006). Childhood obesity – a sign of commercial success, but a market failure. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(3):133-138.

(vi) Wang, Y. & Lobstein, T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1:11-25.

(vii) O'Conner, T.M., Yang, S-J & Nicklas, T.A. (2006). Beverage intake among preschool children and its effects on weight status. *Pediatrics*, 118; e1010-e1018.

(viii) Pérez-Rodrigo, C. & Aranceta J. (2001). School-based mutrition education: lessons learned and new perspectives. *Public Health Nutrition*, 4(1A), 131-139.

(ix) Rito, A. (2004). *Estado nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar de Coimbra.* [Dissertação de Doutoramento]. Rio de Janeiro, Fiocruz/ENSP. Disponível em URL:http//bvssp.cict.fiocruz.br/pdf/ritoagid.pdf.

(x) CDC (Center for Disease Control and Prevention): 2000 Growth Charts: United States. Disponível em URL: http//www.cdc.gov/growthcharts (acedido em 19/Setembro/2008).

(xi) Doak C.M., Visscher T.L.S., Renders C.M. & Seidell, J.C. (2006). The prevention of Overweight and Obesity in Children & Adolescents: A Review in Interventions and Programs. *Obesity reviews*, Vol. 7, Number 1, Pages 111-136.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Carina Rebelo[1] & Manuel Teixeira Veríssimo[2]

Resumo

Os problemas nutricionais não estão apenas associados à redução da esperança de vida, ao aumento da mortalidade e morbilidade, mas também à redução da qualidade de vida.

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, não experimental, descritivo e analítico. Com a execução deste trabalho, verificou-se que a população geriátrica estudada era heterogénea, sendo 66,3% do sexo feminino; 85% apresentava 75 ou mais anos. O sexo é um factor de risco quanto ao estado nutricional dos idosos; o peso, altura e IMC são predictores do bom estado nutricional; os valores das análises sanguíneas (transferrina e pré-albumina) correlacionaram-se positivamente com o estado nutricional; segundo o MNA, 14,4% da amostra encontra-se num estado de desnutrição e 48,8% em risco de desnutrição. Averiguou-se ainda que os índices de fiabilidade do MNA são bons (α=0,776); a escala MNA foi validada para a população geriátrica estudada com 95% de confiança.

Palavras-chave

Avaliação nutricional; idoso; *Mini Nutritional Assessment*.

ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO

Segundo a OMS (1995), os idosos são um grupo vulnerável com risco de desenvolver má nutrição. O processo de envelhecimento traz consigo uma série de adaptações fisiológicas que se instauram, gradativamente, no organismo do idoso. Muitas dessas adaptações podem influenciar o status nutricional dos indivíduos.

Segundo Schlenker (1976) citado por Monteiro (2001) "o estado nutricional define-se como o estado de saúde de uma população ou de um indivíduo como consequência da ingestão e absorção, utilização e excreção de nutrientes." Segundo Silva, Santos e Barão (2003) "os problemas nutricionais não estão apenas associados com a redução da esperança de vida e com o aumento da mortalidade e da morbilidade, mas também com a redução da qualidade de vida".

Zanuy e Sanz (2004) referem que a etiologia da má nutrição no idoso divide-se em quatro grupos, sendo: transtornos que provocam a perda do apetite (anorexia, polifarmacologia, depressão, alterações psiquiátricas, doença de Alzeimer e de Parkinson entre outras), dificuldades para comer (disfagia, alterações na mobilidade, deformações articulares,…), perda de peso com o apetite conservado (hipertiroidismo, doença celiaca) e factores sociais (isolamento, viuvez, pobreza, padrões de alimentação alterados devido à mudança de residência, etc.).

Com o aumento da idade, há uma diminuição gradativa do metabolismo basal (quantidade de energia a ser consumida) e, em consequência, necessita-se de menor quantidade energética.

Como consequência de uma má nutrição, na população idosa, existe um declínio de todos os órgãos vitais, como referem Ferry e Alix (2002) e Zanuy e Sanz (2004),

1. Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro – Aveiro. **rebelo.carina@gmail.com**
2. Internista dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

nomeadamente: diminuição da capacidade muscular que provoca um aumento da astenia, fadiga e fraqueza; diminuição da capacidade respiratória que gera uma deplecção dos músculos respiratórios e o aumento da retenção das secreções; diminuição da massa ventricular e do "output" cardíaco levando a uma diminuição da capacidade cardíaca e a um maior risco de falência; comprometimento da função imunológica que aumenta o risco de infecções e diminuição da capacidade de cicatrização; alterações hidroelectroliticas que surgem devido à retenção do sódio e diminuição da filtração glomerular, entre outras consequências.

A má nutrição é definida como o desvio quantitativo e qualitativo (deficiência ou excesso) dum estado de nutrição normal essencial à manutenção da saúde, Berger (1995). Os desvios nutricionais dos idosos podem ser provocados pela desnutrição, sobre-alimentação, défices selectivos e desequilíbrios.

A desnutrição é o desvio mais preocupante e mais frequentemente observado na população geriátrica nos nossos dias, no entanto a obesidade também deverá ser tida em conta já que se associa a diversos problemas que influenciam a saúde dos idosos.

Estes factos estão relacionados com uma ampla variedade de condições sócio-económicas e variam de acordo com a área geográfica. Estes flagelos representam barreiras para um envelhecimento com sucesso e continuam a representar um grande desafio para a medicina geriátrica (Alva, 2001).

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO

A identificação de problemas nutricionais é muito importante, uma vez que permite a intervenção precoce e apropriada para a obtenção de um bom estado nutricional e a consequente melhoria da saúde e qualidade de vida dos idosos (Arteiro, 1996). "Com o avanço da idade, ocorrem mudanças na composição corporal de tal forma que a massa livre de gordura diminui e a massa gorda geralmente aumenta, sendo armazenada intra-abdominalmente, em vez de subcutaneamente como no adulto jovem", referem Cervi et al (2005). Essas alterações afectam os parâmetros de avaliação antropométrica dos idosos, nomeadamente, podem conduzir a uma provável mudança na relação entre adiposidade e IMC, com o avançar da idade.

Atendendo a que o uso de uma simples medida, é geralmente insuficiente para diagnosticar um nível de desnutrição numa população e também no indivíduo, é essencial usar uma combinação de métodos. Quanto maior o número de medidas fora do intervalo padrão de normalidade, maior a possibilidade da população em estudo possuir um inadequado estado nutricional (Vellas e Garry, 1996). Avaliar o estado nutricional de indivíduos é uma tarefa difícil e complexa atendendo às inúmeras alterações associadas ao envelhecimento que interferem nos parâmetros de avaliação nutricional usualmente utilizados. Segundo Ferry e Alix (2004) "a avaliação do estado nutricional não pode ser avaliado através de um só instrumento, porque nenhum tem a sensibilidade suficiente ou a especificidade que permitam o diagnóstico do tipo e da gravidade da má nutrição". Os autores defendem que para uma correcta avaliação é preciso associar vários parâmetros simples, antropométricos e bioquímicos.

Surpreendentemente, poucos programas de avaliação geriátrica evidenciaram a avaliação nutricional como maior componente do estado de saúde dos idosos, embora vários estudos tenham demonstrado que a má nutrição proteico-energética é um problema comum neste escalão etário frequentemente desconhecido (Vellas e Garry, 1996).

Ainda segundo os mesmos autores, o maior desafio, nos dias de hoje, para os profissionais de saúde é identificar os indivíduos idosos que beneficiariam de uma intervenção nutricional, uma vez que nem todos os idosos necessitam de ser submetidos

a vários testes antropométricos, nutricionais e laboratoriais para avaliação do seu estado nutricional.

A escolha do método a usar depende do número de indivíduos a avaliar, das suas capacidades cognitivas, da disponibilidade do investigador/clínico e do grau de precisão desejado, tendo em conta o objectivo pretendido (Ferry e Alix, 2004).

O Mini Nutritional Assessment (MNA), desenhado e validado por Guizog e colaboradores em 1994 (Vellas e Garry, 1996; Vellas et al, 2006) é um instrumento simples, rápido, económico e permite verificar o estado nutricional das pessoas idosas em ambiente hospitalar, institucionalizados ou que vivem no seu domicílio.

Veríssimo em 2006 refere que "embora possa ser usado em idosos internados, a sua importância é, contudo, maior nos não internados, onde a não necessidade de colheita de sangue e a facilidade de recolha de dados o tornam no método de eleição para usar no ambulatório." O seu objectivo principal é avaliar o risco individual de desnutrição, de modo a permitir uma intervenção precoce sem ser necessária uma equipa especializada.

No seu desenvolvimento foram considerados os seguintes requisitos: ser uma escala fidedigna, pouco dispendiosa e que permita a definição de limites, que possa ser aplicada por um assessor não especializado, que a intervenção do entrevistador seja mínima, e que seja aceitável pelos idosos (Vellas e Garry, 1996). O MNA é composto por medições e questões simples de forma a ser efectuado em memos de 10 minutos (Vellas e Garry, 1996; Vellas et al, 2006) e inclui os seguintes itens: Avaliação Antropométrica (peso, altura e perímetro do braço e da perna); Avaliação Global (estilo de vida, medicação e mobilidade); Avaliação Dietética (número de refeições, ingestão e autonomia alimentar); Avaliação Subjectiva (auto-percepção da saúde e nutrição).

O MNA aparece assim como um instrumento prático e não invasivo, que permite uma avaliação rápida do estado nutricional de idosos debilitados (Vellas e Garry, 1996; Gibson, 2005).

Em suma, a detecção precoce da má nutrição é muito importante uma vez que é mais difícil de corrigir quando o estado nutricional do idoso já está alterado.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Estudo quantitativo, não experimental, descritivo e analítico.

Objectivos

- Avaliação do estado nutricional de idosos independentes institucionalizados;
- Avaliação do estado nutricional dos idosos do estudo pelos métodos clássicos;
- Avaliação do estado nutricional dos idosos do estudo através da escala MNA;
- Validação do *"Mini Nutricional Assessment"* em idosos independentes e institucionalizados.
- Fornecer informações antropométricas e de composição corporal de idosos residentes em instituições geriátricas e independentes.

População de estudo

Critérios de inclusão:

- ≥ 65 anos;

- Institucionalizados;
- Independentes no acto de deambular;
- Permanecessem na instituição há mais de 6 meses.

Amostra – 160 idosos

Variáveis

Variável dependente – estado nutricional dos idosos

Variável independente – sexo, idade, altura, peso, IMC e análises sanguíneas

Instrumentos de Medida

- *Mini Nutritional Assessment*
- Parâmetros antropométricos
- Parâmetros Bioquímicos

Colheita e Análise dos dados

Os dados foram recolhidos através da aplicação do questionário MNA, numa entrevista semi-estruturada, após consentimento prévio dos participantes, e pela colheita de sangue para análise por parte dos laboratórios que tinham acordo com as instituições.

Os dados foram, posteriormente, introduzidos e analisados com o *SPSS (Statiscal Pakage for the Social Science)*, na versão 13.0.0 para *Windows*.

Os testes eleitos para o estudo foram: o teste de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e o Coeficiente de Correlação de Spearman. O nível de significância adoptado foi de 0,05.

ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A amostra é constituída por 160 idosos institucionalizados, com idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos (Quadro n.º 1). A maior parte dos idosos (46,9%) tem idades compreendidas entre os 75 e 84 anos seguindo-se 38,1% os idosos com idade igual ou superior a 85 anos (muito idosos). De referir que o grupo etário de idosos "mais jovens" (65-74 anos) é o menos representativo (15,0%). A distribuição dos idosos em relação ao sexo é heterogénea, mas a grande maioria é do sexo feminino (66,3%). A leitura e análise do quadro n.º6, referente à distribuição dos idosos em função do seu local de residência, permite verificar que a maior parte dos idosos em estudo (28,1%) encontra-se a residir na instituição da Murtosa, por outro lado a instituição da Malcata é a menos representada no estudo (15,6%). No que diz respeito ao meio (Rural/Urbano) onde se localizam as instituições que acolhem os idosos em estudo (Quadro n.º 1), podemos verificar que a maioria dos idosos (60,6%) se encontram em instituições em meio rural, enquanto as instituições localizadas em meio urbano detêm 39,4% dos idosos da amostra.

Quadro n.º 1 - Caracterização da Amostra

	n	%
Idade - Classes		
65 – 74 anos	24	15,0
75 – 84 anos	75	46,9
≥ 85 anos	61	38,1
Sexo		
Feminino	106	66,3
Masculino	54	33,8
Zona de Residência		
Rural	97	60,6
Urbano	63	39,4

Os Quadros n.º 2 e n.º 3 permitem avaliar a nossa variável dependente "estado nutricional" dos idosos em estudo (avaliado pelo MNA). O valor médio observado foi de 21,81 (sendo o máximo possível de 30) com um desvio padrão de 4,21. De referir que os valores oscilaram entre um mínimo de 11 e um máximo de 29,1, para um mínimo possível de 0 e máximo de 30.

A análise do Quadro n.º 3 permite-nos verificar que 48,8% dos idosos em estudo se encontram em risco de desnutrição, contudo 36,9% encontravam-se bem nutridos, sendo que apenas 14,4% estavam desnutridos.

Quadro n.º 2 – Estatística descritiva dos resultados do MNA

	$\overline{X}$	DP	Mínimo Observado	Máximo Observado	Mínimo Possível	Máximo Possível
Avaliação nutricional Segundo o MNA	21,81	4,21	11	29	0	30

Quadro n.º 3 - Distribuição dos idosos segundo o seu estado nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	n	%
Desnutrição	23	14,4
Em risco de desnutrição	78	48,8
Nutrido	59	36,9
Total	160	100,0

Para verificar se existe correlação entre a idade dos idosos em estudo e o estado nutricional dos inquiridos (avaliado pelo MNA), utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman (Quadro n.º 4). Como os valores de p determinado foi muito superior ao nível de significância estabelecido (α =0,05), concluímos que a correlação encontrada não é significativa ou seja, não se confirma a primeira hipótese de investigação: Há relação entre a idade dos idosos institucionalizados e o estado nutricional.

Quadro n.º 4 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, à idade e ao estado nutricional dos idosos

ESTADO NUTRICIONAL	ρ	p
IDADE	- 0,07	0,349

No estudo conjunto da informação referente ao estado nutricional e o sexo dos idosos

em estudo (Quadro n.º 5), podemos verificar que os idosos do sexo masculino obtiveram ordenações médias mais elevadas (96,56) do que os do sexo feminino (72,32). Com o intuito de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas utilizámos o teste de Mann-Whitney; o valor de "p" obtido (0,02) é inferior ao nível de significância fixado (α=0,05), considerando desta forma que existe diferença significativa entre os sexos, o que nos permite concluir que se confirma estatisticamente a hipótese de investigação que afirma haver relação entre o sexo dos idosos institucionalizados e o seu estado nutricional

Quadro n.º 5 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, ao sexo e ao estado nutricional dos idosos

Sexo	Masculino (n=54)	Feminino (n=106)		
	Mean Rank	Mean Rank	Z	p
ESTADO NUTRICIONAL	96,56	72,32	-3,132	0,002

Cruzando a informação referente à zona de residência (meio) dos idosos em estudo e o seu estado nutricional (Quadro n.º 6), constatámos que os idosos residentes em instituições em meio urbano apresentam ordenações médias mais elevadas que os seus colegas residentes em instituições situadas em zona rural, logo um melhor estado nutricional.

A fim de verificarmos se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizámos o teste Mann-Whitney, que não identificou a existência de diferenças estatísticas (p>0,05) entre os grupos, logo , podemos refutar a terceira hipótese de investigação: Há relação entre a zona de residência dos idosos institucionalizados e o seu estado nutricional.

Quadro n.º 6 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, à zona de residência e ao estado nutricional dos idosos

ZONA DE RESIDÊNCIA	RURAL (n=97)	URBANO (n=63)		
	Mean Rank	Mean Rank	Z	p
ESTADO NUTRICIONAL	75,57	88,10	-1,673	0,094

Ao relacionarmos o peso dos idosos em estudo com o seu estado nutricional (correlação de Spearman), observa-se uma tendência para o peso se correlacionar positivamente (ρ = 0,467; p=0,000) sendo a diferença altamente significativa (Quadro n.º 7).

O que nos permite afirmar que à medida que aumenta o peso dos idosos institucionalizados estes visam evidenciar um melhor estado nutricional. O que nos leva a aceitar a quarta hipótese de investigação: Há relação entre o peso dos idosos institucionalizados e o seu estado nutricional.

Quadro n.º 7 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao peso e ao estado nutricional dos idosos

ESTADO NUTRICIONAL	ρ	p
PESO	0,467	0,000*

p<0,0001

Ao relacionarmos a altura dos idosos em estudo com o seu estado nutricional (correlação de Spearman), observámos uma tendência para a altura se correlacionar positivamente com o estado nutricional (Quadro n.º 8), sendo a diferença estatisticamente significativa (ρ = 0,177; p=0,025). O que nos permite afirmar que consoante aumenta a estatura dos idosos melhora também o seu estado nutricional. O que nos leva a aceitar a

quinta hipótese de investigação: Há relação entre a altura dos idosos institucionalizados e o estado nutricional.

Quadro n.º 8 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, à altura e ao estado nutricional dos idosos

ESTADO NUTRICIONAL	ρ	p
ALTURA	0,177	0,025

Cruzando a informação referente ao estado nutricional dos idosos em estudo com o seu índice de massa corporal, utilizando os pontos de corte do IMC propostos por Ferry e Alix (2004), constatámos que as ordenações médias vão subindo à medida que melhora o estado nutricional dos idosos, com excepção dos "obesos" que apresentam ordenações médias mais baixas que os "nutridos" (Quadro n.º9). A fim de verificarmos se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizámos o teste Kruskal-Wallis, que identificou existência de diferença altamente significativas ($p< 0,001$) entre os grupos, o que nos permitiu concluir que se confirma a sexta hipótese de investigação: Há relação entre o IMC dos idosos institucionalizados e o estado nutricional.

Quadro n.º 9 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, relativamente ao IMC proposto por Ferry e Alix e ao estado nutricional dos idosos

IMC	Desnutrido (N=18)	Em Risco Desnutrição (N=40)	Nutrido (N=62)	Obeso (N=40)	$\chi 2$	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
ESTADO NUTRICIONAL	27,64	65,09	99,17	90,76	39,976	0,000*

p<0,0001

Ao relacionarmos os resultados das análises clínicas dos idosos institucionalizados (albumina, pré-albumina e transferrina) com o seu estado nutricional (correlação de Spearman), observa-se uma tendência para os valores das análises se correlacionaram positivamente com o estado nutricional (Quadro n.º10). Contudo a correlação é estatisticamente significativa apenas com o parâmetro "transferrina" ($\rho = 0,191$; $p=0,019$), e no limiar da significância em relação a pré-albumina ($\rho = 0,164$; $p=0,051$), o que permite afirmar que os idosos institucionalizados com níveis mais elevados de pré-albumina e tranferrina tendem a evidenciar um melhor estado nutricional. Isto leva-nos a aceitar, parcialmente, a sétima hipótese de investigação: Há relação entre as análises sanguíneas dos idosos institucionalizados e o estado nutricional, nomeadamente no que se refere a transferrina e pré-albumina.

Quadro n.º 10 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, às análises clínicas e ao estado nutricional dos idosos

ESTADO NUTRICIONAL	ρ	p
ALBUMINA	0,064	0,439
PRÉ-ALBUMINA	0,164	0,051*
TRANSFERRINA	0,191	0,019

- No limiar da significância

Validação do MNA

Dada a dimensão da amostra (160 elementos) utilizada para a efectivação da análise factorial e, tendo em consideração o número de itens que constitui a escala em estudo (16

itens), pensámos não se colocarem problemas de validação. A escala MNA é constituída por 18 itens, mas eliminaram-se duas perguntas (a n.º 5 referente a "O doente vive independente em contraponto de viver num lar?"; e a n.º 12 referente ao "Que o doente consome.") por terem correlação de zero.

Pela análise do Quadro n.º 11 verificámos que os itens 5, 9,10 e 11 em utilizações futuras devem ser eliminados por apresentarem um valor correlacional inferior a 0.2.

Quadro n.º 11 - Correlação item-total do MNA

Item	Mini Nutricional Assessment	$\bar{x}$	1.ª Correlação item-total
1	IMC	18,153	0,404
2	PMB	19,869	0,329
3	Circunferência da perna	20,109	0,432
4	Perda ponderal (Últimos 3 meses)	18,928	0,492
5	Polimedicação	20,522	0,191
6	Stress (Últimos 3 meses)	19,316	0,346
7	Mobilidade	19,309	0,472
8	Demência	19,441	0,479
9	Úlceras de pressão	19,847	0,166
10	Refeições completas/dia	18,834	0,013
11	Consumo de vegetais	19,859	0,143
12	Anorexia	19,247	0,626
13	Ingestão de líquidos	20,141	0,460
14	Modo de se alimentar	19,091	0,457
15	Estado nutricional percepcionado	19,509	0,465
16	Estado de saúde percepcionado	20,059	0,612

No que se refere aos valores de alfa de Cronbach (Quadro n.º 12) notamos, que variam dentro dos intervalos considerados normais, pois situam-se para o alfa sem item entre 0.742 e 0.780, enquanto o valor de alfa total é de 0,776. Os valores médios dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados.

Ainda no âmbito do estudo da consistência interna da escala determinámos a correlação de split-half. O índice de fiabilidade de split alf calcula-se dividindo a escala em duas metades e relacionando-a uma com a outra. Tem tendência a produzir valores de fiabilidade mais baixos uma vez que tem em consideração um número mais reduzido de itens. No Quadro n.º 13, apresentamos uma síntese dos valores obtidos em cada uma das metades e, os valores médios são maiores na primeira do que na segunda metade, enquanto o alfa de Cronbach é mais elevado na segunda (0.747 e 0.771 respectivamente), o que é revelador de boa consistência interna.

Quadro n.º 12 - Correlação item-total e coeficiente "alpha" se o item fosse eliminado do MNA

Item	Mini Nutricional Assessment	$\bar{x}$	Correlação item-total corrigido	α se o item fosse eliminado
1	IMC	18,153	,404	,763
2	PMB	19,869	,329	,772
3	Circunferência da perna	20,109	,432	,761
4	Perda ponderal (Últimos 3 meses)	18,928	,492	,760
5	Polimedicação	20,522	,191	,777
6	Stress (Últimos 3 meses)	19,316	,346	,774
7	Mobilidade	19,309	,472	,756
8	Demência	19,441	,479	,754
9	Úlceras de pressão	19,847	,166	,777
10	Refeições completas/dia	18,834	,013	,780
11	Consumo de vegetais	19,859	,143	,777
12	Anorexia	19,247	,626	,742
13	Ingestão de líquidos	20,141	,460	,761
14	Modo de se alimentar	19,091	,457	,757
15	Estado nutricional percepcionado	19,509	,465	,758
16	Estado de saúde percepcionado	20,059	,612	,755

Quadro n.º 13 - Valores do Teste de Fiabilidade de Split alf

VALORES	N.º itens	$\bar{x}$	Dp	α
Primeira metade	8	19.36	8.24	0.747
Segunda metade	8	19.05	8.25	0.771

Tal como referimos anteriormente, para a determinação dos estudos de validade utilizámos a análise factorial dos itens e dos resultados. Assim, com o intuito de conhecermos as dimensões/factores subjacentes a esta escala realizámos com os 16 itens uma análise factorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo Varimax. A solução factorial final permitiu a selecção de quatro factores que, no seu conjunto, explicam 52.35% da variância total. Posteriormente, forçamos a extracção para dois factores. A opção por este tipo de rotação prende-se com a necessidade de tornar as soluções encontradas passíveis de análise.

Considerámos que o factor um agrupa as sub-escalas avaliação global, avaliação dietética e avaliação subjectiva, excluindo claramente a avaliação antropométrica que aparece no factor dois.

Esta divisão estatística parece-nos lógica, já que separa a avaliação objectiva da subjectiva, separando mesmo o item da PP que não é mais do que uma auto-resposta, num grupo de idosos com fraca memória recente e sem medição objectiva para confirmar, será, pois, uma avaliação subjectiva. Assim, através da análise do quadro n.º 14 podemos verificar o peso de cada item por factor e quais os factores que detêm maior percentagem da variância explicada da escala.

Quadro n.º 14 - Análise de componentes principais, rotação Varimax do MNA

Escala MNA	COMPONENTE	
	1	2
IMC		,656
PMB		,805
Circunferência da perna		,723
Perda ponderal (Últimos 3 meses)	,604	
Polimedicação	,263	
Stress (Últimos 3 meses)	,414	
Mobilidade	,602	
Demência	,611	
Úlceras de pressão	,307	
Refeições completas/dia	,036	
Consumo de vegetais	,192	
Anorexia	,758	
Ingestão de líquidos	,591	
Modo de se alimentar	,581	
Estado nutricional percepcionado	,577	
Estado de saúde percepcionado	0,709	

A leitura do quadro n.º 15 mostra que o factor um explica 25.68% da variância total e o factor dois explica 12.176%.

Quadro n.º 15 – Valores dos Factores Após Rotação Varimax do MNA

	Eigenvalue	% Variância	% Variância Acumulada
Factor 1	4.109	25.68	25.68
Factor 2	1.948	12.176	37.85

No seu conjunto, os índices de consistência interna obtidos para o global da escala podem ser considerados bons (α=0,776), bem como para o seu factor um (α=0,796), por outro lado o factor dois apresenta um valor que considerámos aceitável se tivermos em consideração o seu número de itens (Quadro n.º 16).

Quadro n.º 16 – Consistência interna total e por sub-escala do MNA

	N.º de itens	Consistência interna (α)
Factor 1	13	0,796
Factor 2	3	0,446
Total	16	0,776

Uma contribuição para o estudo da validade da escala é a determinação da matriz de correlação entre os diversos factores e o valor global da escala, conforme referimos anteriormente.

De acordo com os resultados obtidos, que apresentamos no quadro n.º 17, verificámos que as correlações entre os dois factores e o valor global da escala, oscilam entre 0,664 (F1) e 0,232 (F2) revelando-se, por isso, altamente significativas.

Existe entre os factores em questão bem como com o valor global da escala uma correlação positiva, o que significa que o aumento numa das dimensões da escala se encontra associado a aumentos nas restantes dimensões.

Quadro n.º 17 - Matriz de Correlação de Pearson entre os Factores e o Valor Global da Escala

FACTORES	F1	F2
Ftotal	0.664 **	0.232**

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

Em síntese pode dizer-se que os índices de fidelidade obtidos para o total da escala de estado nutricional *"Mini Nutritional Assessment"* (α=0,776), são bons, embora pensemos ser necessário, em futuras utilizações, proceder ao aumento do número de itens na sub-escala (factores 2) a fim de aumentar a sua fidelidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- No nosso estudo, 48,8% da população estudada encontrava-se em risco de desnutrição e 14,4% no estado de desnutrição.
- Demonstrámos ainda que estes resultados podem ser generalizados à população portuguesa institucionalizada independente, com 95% de veracidade.
- O sexo é um factor de risco quanto ao estado nutricional dos idosos (p=0,002).
- Peso, altura e IMC são preditores do bom estado nutricional.
- A pré-albumina e a transferrina correlacionam-se positivamente com o estado nutricional.
- A avaliação clássica é mais morosa e com mais custos económicos.
- MNA é instrumento vantajoso para o diagnóstico precoce do risco de desnutrição nos idosos independentes institucionalizados e consequentemente uma melhor qualidade de vida.
- O MNA permite uma avaliação rápida do estado nutricional dos idosos e relativamente fácil.
- É um instrumento simples, específico, sensível e pouco dispendioso.
- Permite a sistematização do exame físico e diagnosticar o estado de desnutrição e de risco de desnutrição.
- É um bom marcador da desnutrição.
- Perante esta validação do MNA, este torna-se um instrumento fiável e válido para a avaliação do estado nutricional dos idosos portugueses independentes e institucionalizados.

BIBLIOGRAGFIA

ALVA, C.V. (2001). Invited Comment. Nutrition Review. n.º 59 ISSN 0029-6643. Disponível em http://www.nutritionreview.co.uk/news/2001/01.

ARTEIRO, C. (1996). Avaliação nutricional do idoso. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica - Geriatria. Coimbra. Outubro ISSN 9871-5386., p. 11-17.

BERGER, Louise M. ;MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995). - Pessoas Idosas: Uma abordagem Global. Lisboa: Lusodidacta,. ISBN: 972-95399-8-7, p. 123-155.

CARRILHO, Maria José; GONÇALVES, Cristina (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. Revista de Estudos Demográficos. INE. Lisboa. N.º36. ISSN 1645-5657.

CERVI, Adriane; FRANCESCHINI, Sylvia Carmo; PRIORE, Sílvia Eloiza (2005). Análise Crítica do Uso do Índice de Massa Corporal para Idosos. Revista Nutrição Vol. 18, n.º6 (Novembro/Dezembro) ISSN 1415-5273 Disponível em http:/www.scielo.br/scielo.php?=pid=S1415-52732005000600007&script=sci

DECP/Serviço de Estudos sobre a População (2002) – O Envelhecimento em Portugal – Situação Demográfica e sócio-economica recente das pessoas idosas. Revista de Estudos Demográficos. INE. n.º32. Lisboa. ISSN 1645-5657.

FERRY, M.; ALIX, E. (2004). – A Nutrição da pessoa idosa. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-73-8, p.125-139.

GIBSON, Rosalind (2005). Principles of Nutritional Assessment. 2ª ed. Oxford University Press. ISBN 0-19-517169-1

GONÇALVES, Cristina (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. Revista de Estudos Demográficos. INE. n.º 34. Lisboa. ISSN 1645-5657.

GUIGOZ, Yves; VELLAS, Bruno; GARRY, Philip (1996). Mini Nutricional Assessment: a predictor of hospital costs in geriatric patients. Journal American Geriatric Society. n.º44 p. 230 ISSN 0002-8614 Disponível em http://www.blackwellpublishing.com/supplement.asp?ref=0002-8614&site=1

GUIGOZ, Yves; VELLAS, Bruno (2001). A Mini Avaliação Nutricional na Classificação do Estado Nutricional do Paciente Idoso: Apresentação, História e Validação do MNA. Nestlé (Setembro) Disponível em http:/www.sanny. com.br/si/site/jornal_materia?codigo=179.

INE (2002). O Envelhecimento em Portugal – Situação Demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Destaque Informação a Comunicação Social. Lisboa. Abril.

OMS (1995). Adultos de 60 o más anos de edad. In OMS. El estado físico: uso e interpretración de la antropometría. Genebra. OMS serie de informes tecnicos. ISBN 92-4-320854-3.

SCHLENKER, E. (2001). Nutrición en el Envejecimiento. In MONTEIRO, Cristiane Schuler – A Influencia da Nutrição, da Actividade Física e do Bem-estar em Idosas. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção.

SILVA, Domingos J. L.; SANTOS, José Augusto R.; BARÃO, Otelo Bandeira.(2003). Ingestão Nutricional em Idosos Açoreanos. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica - Geriatria. Coimbra, n.º155 Volume XV (Junho/Julho) ISSN 0871-5386, p. 14-31.

SIMÕES, António (2006). A Nova Velhice – Um novo público a educar. 1ª Edição. Porto: Editora Âmbar. ISBN 972-43-1059-0.

VELLAS, B.J., GARRY, P.J. (1996). Aging and Nutrition. In: Present Knowledge in Nutrition. 7th edition. Washington. Washington Ilsi Press.

VELLAS, Bruno et al (2006). Overview of the MNA – Its history and challenges. Vol. 10, n.º6 Disponível em http://www.serdi-fr.com/jnha/page2.php?id=190

VERISSIMO, Manuel Teixeira (2006). Nutrição no idoso internado. Revista Mundo Médico. Lisboa. Setembro/Outubro, Ano 8, n.º 6 Depósito Legal: 130 255/98. p.8

ZANUY, Maria Angeles; SANZ, Miguel (2004). Malnutrición en el anciano In CANDELA, C.G.; FERNANDEZ, J.M. Manual de Recomendaciones Nutricionales en Pacientes Geriátricos. Barcelona, Editora Novartis. ISBN 84-95076-41-1.

"BRINCAR COM A CIÊNCIA" NA SENSIBILIZAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL – UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA NO MUNICÍPIO DE ESPOSENDE

Catarina Afonso[1]

Resumo

A obesidade é uma doença cujos níveis têm aumentado drasticamente nas últimas décadas. Um estudo recente realizado pelo Centro de Saúde de Esposende revelou dados preocupantes: o excesso de peso e obesidade infantil no Concelho de Esposende atingem mais 4,7% do que a estimativa nacional. Face a tal situação, torna-se necessário tomar medidas preventivas junto da população, essencialmente das crianças e adolescentes. Aqui apresenta-se uma metodologia de sensibilização para a adopção de hábitos alimentares mais saudáveis junto de crianças do Ensino Pré-Escolar e 1.º Ciclo do Ensino Básico, a qual foi aplicada junto dos estabelecimentos de ensino do Agrupamento de Escolas de Apúlia (Esposende), utilizando as Ciências Experimentais como instrumento de trabalho.

Palavras-chave

Ciências experimentais; educação para a saúde; obesidade.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença em que existe excesso de gordura corporal acumulada, capaz de provocar problemas de saúde, cuja prevalência, a nível mundial, é tão elevada (prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas) que a Organização Mundial de Saúde considerou esta doença como a epidemia global do século XXI. Por tal facto, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025 (Direcção Geral de Saúde, 2005).

Os níveis de obesidade na União Europeia triplicaram nas últimas duas décadas. Actualmente, cerca de 20% das crianças europeias têm excesso de peso e estima-se que 15 milhões de crianças e adolescentes (10% da população) da Europa serão obesos no ano 2010. Estas crianças e adolescentes possuem risco acrescido de desenvolver problemas de saúde, tais como diabetes tipo II, hipertensão, problemas de sono e até complicações do foro psicossocial. Para além disso, têm tendência para manter a obesidade na idade adulta e, consequentemente, desenvolver doenças preocupantes, que levam à redução da qualidade de vida (Organização Mundial de Saúde, 2007).

O último Inquérito Nacional de Saúde (2005/ 2006) revelou dados evidentes: a percentagem de obesos cresceu de forma significativa em comparação com o anterior inquérito (1998/ 1999) (Campos & Gomes, 2007). Apesar de, até agora, não haver em Portugal estudos que indiquem com rigor a prevalência da obesidade e excesso de peso, estima-se que este fenómeno afecte cerca de 30% das crianças do 1.º ciclo e 25% das crianças do ensino pré-escolar do nosso país (Rito, A. *in* Pereira, A., 2007).

1. Câmara Municipal de Esposende. **catarina.afonso@esposendeambiente.pt**

Na sua intervenção, na apresentação do plano de comunicação da Plataforma Contra a Obesidade, o Ministro da Saúde reconheceu a urgência de tomada de medidas concretas de combate ao excesso de peso e que "a obesidade infantil é já uma ameaça que tem de ser detida pelos efeitos multiplicadores que a prevenção desencadeia", sendo que o sistema de ensino é o instrumento privilegiado "para fazer passar às famílias as boas mensagens de uma alimentação saudável e equilibrada" (Portal do Governo, 2007).

São vários os estudos que abordam a questão da obesidade e excesso de peso na infância sob o ponto de vista epidemiológico, socio-demográfico, estatístico, das práticas alimentares e da influência de vários factores na prevalência desta problemática. Quase invariavelmente, a intervenção ao nível educativo é apontada como estratégia fundamental a seguir na disseminação da adopção de hábitos mais saudáveis por parte da população. Neste âmbito, destaca-se o papel da Escola como organismo transmissor da educação em nutrição. No entanto, poucos são os trabalhos que focam estratégias educativas inovadoras que promovam a criação de competências que permitem a opção consciente por comportamentos facilitadores da manutenção de hábitos alimentares saudáveis.

Segundo um estudo levado a cabo pelo Centro de Saúde de Esposende de Novembro de 2006 a Junho de 2007, em colaboração com a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, o excesso de peso e obesidade infantil no Concelho de Esposende atingem mais de 36,3% das crianças da faixa etária dos 6 aos 11 anos, número que representa mais 4,7% da estimativa nacional (31,6%) (Padez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado, 2004), sendo que 9,2% das crianças foram avaliadas como estando em risco aumentado de desenvolver uma comorbilidade (Real, Rosa, Oliveira e Graça, 2007). Entre os agrupamentos de escolas do Concelho, os resultados para a percentagem de excesso ponderal e obesidade não apresentaram grandes variações. No entanto, o Agrupamento de escolas de Apúlia foi aquele que apresentou maior percentagem, sendo que, para uma das escolas do agrupamento, se encontraram entre os alunos valores de excesso ponderal e obesidade superiores a 50% (Real *et al*., 2007).

Tendo tomado conhecimento dos resultados alarmantes deste estudo, o Agrupamento de Escolas de Apúlia fez integrar no seu Projecto Educativo "Saber Crescer" a temática da alimentação saudável, elegendo-a como área de intervenção prioritária. Deste modo, as escolas deste agrupamento trabalharam durante o ano lectivo 2007/ 2008 o Projecto "Saber Crescer com uma Alimentação Saudável".

O Município de Esposende, na qualidade de Município Educador, elege a Educação como determinante na construção de uma cidadania mais informada e, por isso, mais responsável e capaz de responder aos desafios de uma sociedade actual.

No contexto do Projecto "Esposende, Município Educador", que pressupõe o desenvolvimento de políticas e comportamentos nas áreas da Educação, Infância, Juventude, Ambiente, Saúde, entre muitas outras, o Serviço de Educação Ambiental e Defesa da Qualidade de Vida do Consumidor (SEADQDC) da Câmara Municipal de Esposende promove uma série de acções articuladas com os estabelecimentos de ensino do Concelho, que visam a abordagem de questões que fomentem a qualidade de vida dos munícipes, num compromisso com os valores de uma democracia participativa e solidária. Das várias ofertas educativas do SEADQDC faz parte o recém-criado Programa "Brincar com a Ciência", que visa a promoção da Literacia Científica junto das crianças do Ensino Pré-Escolar e 1.º Ciclo do Ensino Básico, através do incentivo à implementação efectiva do Ensino Experimental das Ciências. Este programa foi solicitado pelo Agrupamento de Escolas de Apúlia no sentido de que, através dele, fossem dinamizadas actividades subordinadas à temática da Alimentação Saudável. Assim, para os vários estabelecimentos de ensino deste Agrupamento inscritos no Programa "Brincar com a Ciência", foram planeadas e realizadas actividades nas quais as Ciências Experimentais

foram contempladas, as quais aqui se apresentam.

OBJECTIVOS

Visando complementar todo um trabalho alargado, promovido pela Escola, em volta da temática da alimentação, bem como contribuir com novidade nas estratégias educativas a adoptar nesta área, a metodologia apresentada, criada no âmbito do Programa "Brincar com a Ciência", foi delineada de modo a integrar conteúdo informativo e motivação, privilegiando a construção do conhecimento num contexto não tradicional, recorrendo à realização de actividades de cariz experimental.

METODOLOGIA

Numa primeira fase, foram seleccionadas as temáticas concretas a abordar no plano de sessão, tomando em consideração vários factos:

- actualmente, as práticas alimentares das crianças e adolescentes são inadequadas, incluindo o consumo excessivo de açúcares, gorduras e sal, a par da reduzida ingestão de água, cereais completos, fruta e hortaliças (Padez, Mourão, Moreira e Rosado, 2005; Carvalhal, Padez, Moreira e Rosado, 2007);

- a prevalência da obesidade e excesso de peso está relacionada com o aumento do sedentarismo, para o qual contribui o tempo que as crianças passam a ver televisão e ao computador, bem como a baixa ou inexistente actividade física (Padez, Mourão, Moreira e Rosado, 2005; Carvalhal, Padez, Moreira e Rosado, 2007);

- o consumo de alimentos com elevada densidade energética, que estão muitas vezes associados a baixo teor de nutrientes (vitaminas, minerais), é apontado como um dos grandes desencadeadores da obesidade, dada a grande quantidade de açúcares e gorduras que possuem (Darmon, Darmon, Maillot e Drewnowski, 2005; Mendoza, Drewnowski, Cheadle e Christakis, 2006);

- produtos alimentares com maior densidade energética são, geralmente, mais baratos e possuem maior palatabilidade; no entanto, levam a uma menor saciedade, o que faz com que sejam ingeridas maiores quantidades de alimento (Drewnowski e Darmon, 2005);

- as crianças conseguem percepcionar geralmente bem o carácter saudável dos alimentos, possuindo crenças nutricionais, frequentemente, correctas. No entanto, na prática, o carácter saudável dos alimentos é um factor que exerce pouca influência, sendo a escolha mais determinada pelo sabor, textura e aparência da comida (Noble, Corney, Eves, Kipps e Lumbers, 2000; Noble *et al*., 2003);

- a falta de informação pode influenciar as escolhas alimentares; não se tendo consciência de que uma composição nutricional adequada dos alimentos é de extrema importância para o bem-estar e prevenção de doenças, não haverá preocupação em fazer escolhas acertadas e só as perspectivas económica e, principalmente, sensorial serão valorizadas (Moreira e Padrão, 2006).

O modelo programado e experimentado consistiu, então, numa oficina educativa estruturada em duas partes: "Sentindo a comida" (jogos sensoriais) e "Cientistas a brincar na cozinha" (realização de actividades experimentais simples).

Relativamente à etapa "Sentindo a comida", foram realizadas actividades de estimulação sensorial (tacto, olfacto, audição e gosto), com o objectivo de propiciar o debate acerca da influência dos sentidos na escolha dos alimentos. Estas actividades, especialmente dirigidas às crianças do Ensino Pré-Escolar, consistiam em três jogos:

"Que alimento é este?", "O nariz também come!" e "O som dos alimentos".

Que alimento é este? (Pré-Escolar)

Com os olhos vendados, as crianças são convidadas a tocar, cheirar, provar e trincar uma bolacha de água e sal, sem terem conhecimento do que se trata. Pergunta-se-lhes quais as sensações que experimentaram (se é rugoso ou macio, se tem cheiro, se é doce ou salgado, se faz barulho, se é crocante) e se sabem de que alimento se trata. A partir deste ponto, fomentar o debate com perguntas como "será que as bolachas de água e sal têm sabor a água e sal?", "será que têm sabor a água?", "a água tem sabor?". Fazer notar que a água não tem cheiro, cor ou sabor e que, se o tiver, não é considerada própria para consumo. Pode pedir-se que observem um copo com água (transparente, incolor), cheirem (inodora) e provem (insípida). Fomentar o debate em torno da influência dos sentidos na escolha dos alimentos (explorar a hesitação em provar um alimento que não conseguem ver). Ressalvar também a importância do consumo de água, em substituição de refrigerantes e sumos, como parte de uma dieta equilibrada.

O nariz também come! (Pré-Escolar)

Pede-se às crianças que, com os olhos vendados tapem o nariz, respirando apenas pela boca. Oferecer-lhes uma rodela de banana para que comam, sem destapar o nariz. Perguntar-lhes se conseguem reconhecer, pela textura, de que alimento se trata. Repetir o processo, desta vez com o nariz destapado. Incentivar o debate em torno da importância do olfacto nas escolhas alimentares das crianças.

O som dos alimentos (Pré-Escolar e 1.º Ciclo do Ensino Básico)

Vendam-se os olhos às crianças e é-lhes solicitado que façam silêncio, de modo a que escutem vários sons (o bater de um dedo numa maçã, batata, cenoura e/ou ovo). Pergunta-se aos participantes se foram capazes de perceber, para cada som, de que alimento se tratava. De seguida, e ainda com os olhos vendados, cada participante é convidado a sentir através do tacto os alimentos que originaram o som. Pede-se-lhes que tentem associar cada som a um alimento. Perante a dificuldade em identificar correctamente os sons dos alimentos, incrementar a base de discussão através da introdução de um novo elemento: solicitar aos participantes que fechem os olhos e façam silêncio, de modo a que ouçam um novo som (abanar um pacote de batatas fritas). Reflectir em conjunto quanto ao facto de os participantes conseguirem identificar imediatamente e correctamente o som das batatas fritas (alimento não saudável) e não os sons provenientes de alimentos saudáveis como a fruta e os legumes. Discutir o facto de que as sensações (neste caso, os sons) provenientes de situações aprazíveis (neste caso, alimentos de elevada palatabilidade, como as batatas fritas) são mais facilmente memorizadas. Incentivar a que as crianças façam exercícios de "audição" dos alimentos mais saudáveis, nomeadamente em casa e na cantina.

Quanto à fase "Cientistas a brincar na cozinha", foram idealizadas duas actividades experimentais simples, com recurso a materiais de uso corrente. Estas actividades visaram o aprofundamento de conhecimentos adquiridos pelas crianças nas actividades inseridas no projecto educativo "Saber Crescer com uma Alimentação Saudável", que foram dinamizados pelos professores e educadores dos estabelecimentos ao longo do ano lectivo, nomeadamente a apresentação à roda dos alimentos e identificação e caracterização dos seus componentes. "Cientistas a brincar na cozinha" consistiu na pesquisa de gordura ("À procura da gordura!") e de amido ("À procura do amido!") nos alimentos.

À procura da gordura!

Explica-se aos participantes que os cientistas têm várias maneiras de descobrir a presença dos mais variados tipos de gordura (lípidos); no entanto, as crianças podem também descobrir, de modo muito rápido e fácil, se um alimento tem gordura, mesmo

antes de o provar, através do seu aspecto e do tacto. Para descobrir algumas características das gorduras, coloca-se água num copo e óleo (ou azeite) noutro copo e permite-se às crianças que molhem um dedo no copo de água, e outro dedo (da outra mão) no copo com óleo/azeite. Indica-lhes que esfreguem os dedos das mãos, de maneira a sentir a água (a mão fica seca ao fim de algum tempo) e o óleo (que permanece "pegajoso" nos dedos). Discute-se os termos "pegajoso", "melado" e outros que as crianças possam indicar e clarifica-se que o óleo e o azeite também são gorduras que, quando aquecidas a elevadas temperaturas (aquando da fritura, por exemplo), se tornam em gorduras que são prejudiciais à saúde. Explica-se que as batatas fritas, rissóis, panados e outros alimentos fritos devem, então, ser consumidos com moderação, sendo preferível ingerir alimentos cozidos (batata cozida, em detrimento da batata frita, por exemplo) e crus (fruta, saladas). Realiza-se a descoberta de outras características das gorduras, através da adição de óleo num copo com água, para que os participantes descubram que aqueles são líquidos imiscíveis. Explica-se as diferenças existentes entre aqueles líquidos, muito diferentes um do outro. Procede-se então à pesquisa de gorduras em alimentos (pão de forma, azeite, cenoura, maçã, água…), esfregando-os em papel de filtro e deixando secar o papel. Dá-se oportunidade às crianças de reparar que aqueles alimentos que contêm gordura deixam uma mancha brilhante e "transparente" no papel, mesmo depois de seco, enquanto que aqueles que não possuem gordura deixam manchas opacas no papel de filtro. Fomenta-se a discussão sobre o tema do consumo das gorduras, recorrendo à roda dos alimentos e do que as crianças reparam no seu quotidiano (por exemplo, as manchas que ficam nos guardanapos que usam quando fazem uma refeição de alimento altamente gorduroso, como as pizzas e os hambúrgueres).

À procura do amido!

Questionam-se os participantes quanto à presença de açúcares nos alimentos que eles conhecem. De seguida fala-se que existem vários tipos de açúcares, diferentes daquele que os participantes conhecem (sacarose) e que faz parte dos bolos e doces em geral. Explica-se que existe um açúcar, o amido, que está presente em vários alimentos (alimentos vegetais) e que os cientistas descobriram que uma substância química (o iodo) muda de cor, de castanho-alaranjado para preto-arroxeado, quando em contacto com o amido. Procede-se à pesquisa da presença de amido em vários alimentos (batata, cenoura, banana, maçã, pão), colocando uma gota de tintura de iodo em cada alimento e verificando se há mudança de cor do agente químico. Clarifica-se que os açúcares são fonte de energia mais "rápida" (são mais facilmente metabolizados do que as gorduras e proteínas), que devem ser preferidos em detrimento das gorduras, por exemplo. Explica-se que, no entanto, há alimentos que contêm mais açúcares que outros e debate-se em torno da problemática do consumo excessivo de açúcares, explicando que o consumo de pão, apesar de conter açúcares (como tiveram oportunidade de reparar com a actividade experimental), é uma boa opção para o lanche, em substituição de bolachas e outros alimentos altamente calóricos.

RESULTADOS

Foram realizadas, durante os meses de Março e Abril, 14 sessões "Brincar com a Ciência" em estabelecimentos de ensino do Agrupamento de Escola de Apúlia, nas quais participaram 322 crianças. Efectuaram-se 4 sessões com crianças em idade pré-escolar, abrangendo todas as 82 crianças que frequentavam dois Jardins-de-Infância (JI do Facho e JI de Criaz). As restantes 10 sessões foram realizadas junto de crianças a frequentar o 1.º Ciclo do Ensino Básico, englobando 4 estabelecimentos (EB1 do Facho, EB 1 de Areia, EBI de Apúlia e EB1 de Criaz) e todas as crianças que os frequentavam, num total de 240.

As actividades incluídas no plano de sessão foram delineadas de modo a que fosse

suscitada discussão em torno dos benefícios e malefícios do consumo de vários tipos de alimentos: os benefícios do consumo de fruta ao lanche e como sobremesa e do consumo de sopa às refeições, os malefícios do consumo de sal, açúcares e gorduras em excesso. A maioria das crianças conseguia discernir entre alimento saudável e alimento não saudável e algumas até identificavam consequências advindas do consumo de sal, açúcar e gorduras em excesso (uma vez que possuem familiares com diabetes, problemas cardíacos, entre outros). No entanto, explicando que os alimentos são fonte de energia, realçando que cada tipo de alimento possui características diferentes em termos de nutrientes, e que essa energia, quando ingerida em excesso, fica armazenada, as crianças puderam percepcionar de modo mais claro a importância de ter uma dieta equilibrada. Também a partir daí puderam relacionar a importância da actividade física e dos malefícios dos hábitos sedentários, bem como do papel do pequeno-almoço equilibrado como refeição essencial.

Figuras 1, 2 e 3. Imagens das actividades "Cientistas a brincar na cozinha".

A aplicação da estratégia educativa aqui apresentada foi, de modo geral, bem aceite entre os profissionais de educação (professores e educadores) e entre as crianças participantes. As crianças mostraram-se entusiasmadas e empenhadas na realização das tarefas, atentas às explicações científicas relativas às actividades experimentais efectuadas e capazes de relacionar alguns grupos de alimentos com os seus respectivos conteúdos nutricionais. Este tipo de estratégia, que utiliza o manuseamento de materiais na realização das actividades experimentais, possibilita que a criança aprenda fazendo, num contexto construtivista. Também as dinâmicas de percepção sensorial e o debate de ideias pré-concebidas contribuíram para estimular o auto-conhecimento e auto-avaliação e desenvolver o sentido crítico em relação aos próprios comportamentos relativamente aos hábitos alimentares.

CONCLUSÃO

Para que haja mudança de comportamentos, é necessária a real interiorização de factos por parte dos indivíduos. Neste sentido, o Ensino Experimental das Ciências apresenta-se como contexto de aprendizagem privilegiado para a instigação dos bons hábitos alimentares, pois cria um ambiente descontraído, que aumenta a implicação dos participantes, onde são promovidas tanto competências científicas e técnicas, de definição de conceitos, teorias e fenómenos, como competências de curiosidade e interesse pela busca de respostas, de observação e de espírito crítico. A metodologia educativa alternativa aqui apresentada, que aplica o Ensino Experimental das Ciências aliado a jogos de percepção sensorial e técnicas de dinâmica de grupo revelou ser um bom veículo de transmissão de informação num contexto de aprendizagem informal. Num momento em

que se repara na falha dos métodos e estratégias dos modelos tradicionais no objectivo de mudança comportamental, pode dizer-se que a realização de projectos transdisciplinares de carácter inovador, como o aqui apresentado, são uma mais valia no envolvimento das crianças na aquisição de conhecimentos concretos que as levarão a fazer escolhas mais correctas quanto à sua alimentação. Programas de intervenção futuros podem beneficiar da integração e adaptação desta metodologia, destinada a esta e outras faixas etárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, A. & Gomes, C. (2007, 27 Julho). Portugueses cada vez mais obesos. *Público*, p. 6.

Carvalhal, M., Padez, C., Moreira, P. & Rosado, V. (2007). Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years. *European Journal of Public Health*, 17 (1), 42-46.

Darmon, N., Darmon, M., Maillot, M., Drewnowski, A. (2005). A nutrient density standard for vegetables and fruits: nutrients per calorie and nutrients per unit cost. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(12), 1881-1887.

Direcção-Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Drewnowski, A. & Darmon, N. (2005). The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1).

Mendoza, A., Drewnowski, A., Cheadle, A. & Christakis, A. (2006). Dietary energy density is associated with selected predictors of obesity in U.S. children. *Journal of Nutrition*, 136(5), 1318-1322.

Moreira, P. & Padrão, P. (2006). Educational, economic and dietary determinants of obesity in Portuguese adults: a cross-sectional study. *Eating Behaviors*, 7(3), 220-228.

Noble, C., Corney, M., Eves, A., Kipps, M. & Lumbers, M. (2000). Food choice and school meals: primary schoolchildren's perceptions of the healthiness of foods and the nutritional implications of food choices. *International Journal of Hospitality Management*, 19, 413-432.

Noble, C., Corney, M., Eves, A., Kipps, M. & Lumbers, M. (2003). Food choice and secondary school meals: the nutritional implications of choices based on preference rather than perceived healthiness. *International Journal of Hospitality Management*, 22, 197-215.

Organização Mundial de Saúde. (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary (Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. Eds.). Copenhaga: WHO Regional Office for Europe. Disponível em: http://www.euro.who.int/document/E89858.pdf

Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9 years old Portuguese children: Trends in Body mass index from 1970 to 2002. *American Journal of Human Biology*, *16(6)*, 670-678.

Padez, C., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*, 94(11), 1550-1557.

Pereira, A. (2007, 20 Dezembro). Galp energia une-se à Plataforma contra a Obesidade para sensibilizar a população. *Jornal do Centro de Saúde*. Disponível em: http://www.jornaldocentrodesaude.pt/Jcs/NotCorpo.asp?Id=121

Portal do Governo (2007). Apresentação da campanha da Plataforma Contra a Obesidade (Intervenção do Ministro da Saúde). Lisboa: Governo da República Portuguesa. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/Portal/Print.aspx?guid=%7B4FAE3C2CBCB643EE9F8F35D5BB4FA8B3%7D

Real, H., Rosa, L., Oliveira, B. & Graça, P. (2007). *Avaliação da Prevalência de Obesidade em Crianças do 1.º ciclo do Ensino Básico do Concelho de Esposende*. Esposende: Centro de Saúde de Esposende.

CONTRIBUTO PARA A DEFINIÇÃO DE UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO CONTRA O EXCESSO DE PESO E A OBESIDADE INFANTIL NO EXTERNATO JOÃO ALBERTO FARIA

Filipa Cortez Faria[1] & Jorge Bonito[2]

Resumo

Com o objectivo de conceber um projecto de intervenção na área da educação para a saúde contra o excesso de peso e a obesidade nos alunos do 5.º ao 9.º ano, de uma escola em Arruda dos Vinhos, é fundamental fazer-se um bom diagnóstico da realidade, identificando de que forma os hábitos alimentares e de actividade física, o tempo usado a ver televisão, a usar o computador e a jogar consola, assim como as crenças e atitudes dos alunos e dos seus pais acerca do peso e da alimentação saudável interferem no excesso de peso e na obesidade destas crianças. Dos 432 alunos que participaram no estudo, 53,7% eram do sexo feminino e 46,3% do sexo masculino. Os resultados relativos ao Índice de Massa Corporal (IMC) dos alunos indicaram que, na população em estudo, 31,7% dos alunos apresentavam peso em excesso, dos quais 10,5% eram obesos. A prevalência de excesso de peso e obesidade era superior nos alunos mais novos e nas raparigas, no entanto os rapazes eram mais obesos. Em virtude dos resultados, identificaram-se como áreas de intervenção, a melhoria dos hábitos alimentares, o aumento dos níveis de actividade física e a diminuição das actividades de lazer sedentárias dos alunos, bem como intervenções ao nível das crenças, atitudes e comportamentos dos alunos e dos pais. O projecto de intervenção apresentado tem como objectivo reduzir a prevalência do excesso de peso e obesidade infantil através da aquisição e desenvolvimento de atitudes e comportamentos que visem a promoção e adopção de hábitos e estilos de vida saudáveis. É sabido que mudar atitudes e comportamentos, nomeadamente, os que dizem respeito a mudança de estilos de vida, é um processo difícil e que leva tempo, sendo fundamental uma abordagem integrada que afecte as várias dimensões das causas do problema em que se pretende intervir.

Palavras-chave

Obesidade infantil; projecto de intervenção; escola.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história do ser humano, o excesso de peso e as reservas de gordura eram vistas como sinais de saúde e prosperidade. A alimentação era uma questão de sobrevivência para muitos e assegurar o aporte de energia para alcançar as necessidades dietéticas eram a principal preocupação nutricional. Actualmente a situação é encarada de forma diametralmente oposta. O excesso de peso e a obesidade constituem uma ameaça mundial, assumindo um papel de problema *major* de saúde pública (WHO, 2000; IOTF, 2005). A prevalência da obesidade tem vindo a aumentar tanto em crianças como em adultos (Whitaker *et al.,* 1997; Guo e Chumlea, 1999; WHO, 2000; Freedman *et al.,* 2005; IOTF, 2005; Doak *et al.,* 2006). À semelhança do que acontece com os adultos, a obesidade infantil acarreta várias consequências para a saúde, nomeadamente, hipertensão, dislipidémia, diabetes tipo 2, doença cardiovascular, entre outras (Ebbeling *et al.,* 2002; IOTF, 2005; Donohoe, 2007).

1. **f.cortez@sapo.pt**
2. Universidade de Évora. **jbonito@uevora.pt**

As alterações do estilo de vida associadas a um aumento do consumo de alimentos de alta densidade energética, com baixo teor de fibra, aumento do consumo de açúcares e bebidas açucaradas, um decréscimo na actividade física e um estilo de vida mais sedentário, têm vindo a contribuir para a epidemia global da obesidade (Rocchini, 2002; Wang, Monteiro e Popkin, 2002; Lissau *et al.,* 2004; Carmo *et al.,* 2006). Desta forma, o excesso de peso e a obesidade são agora sentidos como problemas de saúde pública sérios, de larga escala e globais, que exigem uma prevenção baseada na população (De Onis e Blossner, 2000; Popkin, 2002; Doak *et al.,* 2006).

A prevenção efectiva da obesidade na idade adulta passa pela prevenção e tratamento da obesidade infantil (WHO, 2000). Ainda que exista evidência de resultados positivos a longo prazo do tratamento da obesidade, tem-se demonstrado que a prevenção é potencialmente mais eficiente, na generalidade dos casos, que o tratamento no combate à epidemia da obesidade (Dietz e Gortmaker, 2001). Para além disso, tendo em conta que o tratamento da obesidade é geralmente mais difícil do que a prevenção do excesso de peso (Stettler, 2002), a identificação dos factores de risco e a aposta na prevenção durante a infância e adolescência parece ser a melhor solução.

As causas do excesso de peso e obesidade infantil resultam da integração dos factores de risco específicos, relacionados com a obesidade infantil, com os factores de risco ambientais, que afectam toda a comunidade, tal como é definido por Kumanyika *et al.* (2002). Desta forma, a prevenção do excesso de peso e obesidade infantil deve incidir sobre o conjunto destas causas e não separadamente sobre cada uma delas (Doak *et al.,* 2006).

Relativamente à prevalência do excesso de peso e obesidade na população escolar, a situação não deixa de ser naturalmente preocupante. Um estudo preliminar que desenvolvemos em 2006 no Externato João Alberto Faria (EJAF), em Arruda dos Vinhos, revelou que 19% dos alunos apresentavam excesso de peso e 12,5% eram obesos, valores globais ligeiramente superiores às médias nacionais (Matos, 2004; Padez *et al.*, 2004; Carmo *et al.*, 2006). É de salientar o facto de cerca de 37% dos alunos do 5.º e 6.º anos apresentarem excesso de peso ou obesidade e 25% dos alunos entre os 14 e 17 anos terem um percentil de IMC ajustado para a idade superior a 85.

Em consequência deste estudo a direcção pedagógica do EJAF encetou ainda durante o ano lectivo de 2006/2007 e seguinte, acções-resposta aos resultados encontrados, que vieram a ser:

- (1) No bufete dos alunos foram retirados os refrigerantes e sumos ricos em açúcar, bolos com creme e folhados, gomas e rebuçados, iogurtes ricos em açúcares, molhos e aumentou-se a variedade de *snacks* saudáveis;
- (2) Na cantina as ementas foram revistas e decidiu-se disponibilizar diariamente uma ementa de carne e peixe para um mês sem repetição de pratos, sobremesas doces uma vez por semana, fritos cada quinze dias, aumentou-se a variedade de legumes e saladas diariamente e serviram-se pratos de opção para quem não queria a ementa diária de carne ou peixe, de forma a desincentivar a ida ao bufete para almoçar;
- (3) Avaliação nutricional dos alunos;
- (4) Colóquios dirigidos aos pais, encarregados de educação e alunos sobre a temática da obesidade infantil e a importância da alimentação saudável e do exercício físico.

No presente momento não existem dados disponíveis da população estudantil do EJAF relativos aos seus hábitos alimentares e às consequências das acções referidas que

o Externato tem vindo a desenvolver.

No que diz respeito à prática de exercício físico, os dados disponíveis de âmbito nacional revelam que 13% dos jovens dizem não praticar qualquer exercício físico de forma regular. Somente 30%, entre os 14 e os 17 anos, dizem que a escola é o único local onde praticam exercício físico (Matos *et al.,* 2001). Relativamente aos estudantes do EJAF não são conhecidos dados acerca da sua actividade física. Sabe-se, apenas, que o currículo escolar pressupõe cerca de quatro horas semanais de educação física. No entanto, tendo em conta que o excesso de peso e a obesidade têm como uma das principais causas a falta de actividade física e considerando os dados disponibilizados pelos referidos autores, é de supor que os alunos do EJAF pratiquem níveis insuficientes de actividade física, contribuindo para um desequilíbrio energético positivo. Desta forma, definiu-se como problema orientador do estudo: "Qual é a prevalência e incidência do excesso de peso e obesidade nos alunos do EJAF e que relação existe com os seus hábitos (alimentares e de actividade física, o tempo usado a ver televisão, a usar o computador e a jogar consola), e as crenças e atitudes dos alunos e dos pais acerca do peso e alimentação saudável?".

METODOLOGIA

Pretendia-se estudar todos os alunos do 5.º ao 9.º ano de escolaridade do EJAF, em Arruda dos Vinhos, com idades entre os 10 e os 17 anos, num total de 983 alunos. Foi pedida autorização para a realização do estudo à administração do EJAF e salvaguardaram-se as questões éticas do estudo, solicitando-se a autorização aos pais/encarregados de educação e submetendo-se os questionários à Comissão Nacional de Protecção de Dados. Os questionários dos pais foram enviados para casa no final do 2.º período, juntamente com o pedido de consentimento para a participação dos alunos no estudo. No início do 3.º período foram recolhidos os consentimentos e os questionários devidamente preenchidos, identificando assim quais os alunos que poderiam participar na investigação. Os questionários dos alunos foram administrados pelos professores nas aulas de área projecto e formação cívica. Para o efeito, a investigadora responsável reuniu-se com os professores para descrever o estudo e fornecer instruções uniformizadas para os alunos responderem aos questionários. A recolha dos dados antropométricos (peso e altura) foi efectuada pelos professores de educação física, que também receberam instruções acerca da forma de recolha.

A validação dos questionários foi efectuada em três fases. Na primeira, submeteram-se os questionários a um painel de juízes. Na segunda fase, os questionários foram avaliados por professores de Português do 2.º e 3.º ciclos, no sentido de aferir pormenores de linguagem e compreensão. Por último, foi aplicado um pré-teste a 10 estudantes (2 de cada ano) e a 10 pais.

O nível de participação dos pais foi de 59%. Depois de se proceder à recolha de dados dos alunos, foram considerados para efeitos de estudo 432 alunos (44% da população no início do estudo), na medida em que foram excluídos os 10 alunos que participaram no pré-teste, 97 alunos recusaram-se a participar num ou mais momentos da recolha de dados e 41 não preencheram correctamente os questionários.

INSTRUMENTOS

No sentido de alcançar os objectivos do estudo foram construídos três inquéritos tipo questionário. Aos alunos foram distribuídos dois questionários, sendo que com o 1.º pretendia-se conhecer os hábitos alimentares, de actividade física e de lazer dos mesmos, enquanto o 2.º tinha como objectivo avaliar as crenças e atitudes dos alunos face ao seu peso e alimentação saudável. Aos pais/encarregados de educação foi distribuído apenas

um questionário que pretendia avaliar as suas crenças e atitudes relativamente ao peso dos seus filhos e à alimentação saudável. Em virtude de se assegurar a fiabilidade dos questionários dos alunos, os mesmos foram administrados na sala de aula, em horário escolar.

Construiu-se um questionário com uma escala tipo Likert para avaliar as crenças e atitudes dos pais/encarregados de educação acerca do peso dos seus filhos e da alimentação saudável, excepto no que diz respeito à questão 3, em que se empregou uma questão de escolha alternativa, não se utilizando uma escala tipo Likert (Quadro 1). Este questionário era composto por três grupos de afirmações, nas quais os pais tinham de assinalar entre as várias hipóteses de resposta, a que lhes parecia mais válida.

Quadro 1. Descrição do questionário 1.

Questões	Tipo de questão	O que se pretendia dos pais com cada questão	Objectivo
1	Escolha múltipla	Manifestar a opinião, considerando aquilo que sabem sobre alimentação saudável.	Avaliar as crenças dos pais acerca da alimentação saudável.
2	Escolha múltipla	Dar a opinião acerca da relação entre o peso e a altura dos filhos.	Identificar perturbações de imagem corporal nos pais acerca do peso dos filhos.
3	Escolha alternativa	Dar a opinião acerca da necessidade dos filhos fazerem ou não dieta para perder peso.	
4	Escolha múltipla	Dar a opinião acerca do peso dos filhos.	
5	Escolha múltipla	Dar a opinião acerca do papel do peso na saúde dos filhos.	Avaliar crenças dos pais acerca da saúde dos seus filhos relacionadas com o peso.

À semelhança do questionário 1, o questionário destinado aos alunos foi construído com uma escala tipo Likert para avaliar as suas crenças e atitudes acerca do peso e alimentação saudável. O questionário era composto por quatro grupos de afirmações, nas quais os alunos tinham de assinalar entre as várias hipóteses de resposta, a que lhes parecia mais válida (Quadro 2).

Quadro 2. Descrição do questionário 2.

Questões	Tipo de questão	O que se pretendia dos alunos com cada questão	Objectivo
1	Escolha múltipla	Manifestar a opinião, considerando aquilo que sabem sobre alimentação saudável.	Avaliar as crenças dos alunos acerca da alimentação saudável.
2	Escolha múltipla	Dar a opinião acerca da relação entre o seu peso e altura.	Identificar perturbações de imagem corporal nos alunos.
3	Escolha múltipla	Dar a opinião relativamente ao que sentem sobre o seu corpo.	
4	Escolha múltipla	Dar a opinião acerca do controlo que têm sobre a própria alimentação e o peso.	Avaliar o grau de autonomia dos alunos face à alimentação e ao peso.
5	Escolha múltipla	Dar a opinião acerca de alterações do apetite relacionadas com o seu estado emocional.	Identificar relações entre o estado emocional e a ingestão de alimentos.

Foi construído um questionário que pretendia recolher dados acerca da demografia, hábitos alimentares, de actividade física e de lazer dos alunos (Quadro 3). A recolha de informação acerca dos hábitos de actividade física e de lazer dos alunos baseou-se nos estudos de Gortmaker *et al.* (1999), Berkey *et al.* (2000), Carmo *et al.* (2004), Toschke *et al.* (2005) e no Questionário de Frequência Alimentar desenvolvido pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto [s.d.].

Quadro 3. Descrição do questionário 3.

Questões	Tipo de questão	O que se pretendia dos alunos com cada questão	Objectivo
4; 5	Escolha alternativa e múltipla	Descrever se faz educação física na escola; qual a sua duração.	Determinar o tipo e duração das actividades físicas que os alunos do EJAF praticam por semana.
6	Escolha alternativa	Caracterizar a ocupação do tempo entre as aulas enquanto está na escola.	
7	Escolha alternativa	Identificar a prática de desporto fora da escola.	
8	Semi-aberta orientada	Conhecer qual/quais os desportos que fazem habitualmente fora da escola, com que frequência e duração.	
9	Escolha múltipla	Conhecer com que frequência costumam ver televisão/estar no computador/jogar consola.	Determinar o número de horas que os alunos do EJAF vêem televisão, usam o computador e jogam consola por dia.
10	Escolha múltipla	Conhecer a frequência de ingestão e porção ingerida dos alimentos apresentados em cada grupo de alimentos.	Caracterizar os hábitos alimentares dos alunos que frequentam o EJAF.
11	Escolha alternativa	Identificar a existência do consumo de alimentos que não tivessem sido apresentados na questão anterior.	
12	Semi-aberta orientada	Caracterizar o consumo de alimentos que não tivessem sido apresentados na questão 10.	
13	Escolha múltipla, semi-aberta	Conhecer as refeições que fazem habitualmente por dia.	
14	Escolha múltipla	Conhecer com quem costumam fazer as refeições principais (almoço e jantar).	
15	Escolha múltipla, semi-aberta	Conhecer o local onde almoçam habitualmente durante a semana.	

RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados deu-se em dois momentos. O primeiro dizia respeito aos questionários dos pais/encarregados de educação, enquanto o segundo momento de recolha de dados, dizia respeito à recolha de informação relativa aos alunos, nomeadamente a resposta a dois questionários e a recolha de dados antropométricos.

A medição do peso foi efectuada numa escala com intervalos de 100 grama através da balança de coluna digital Seca 769. A altura foi medida através da craveira Seca 216, com intervalos de 1 milímetro. A medição do peso foi efectuada sem sapatos e com roupa leve. Os participantes foram classificados de acordo com o IMC [Peso (kg)/Altura $(m)^2$]. Os alunos com percentil de IMC ajustado para a idade inferior 5 foram classificados como baixo peso, percentil de IMC entre 5 e 84,9 foram classificados como peso normal, percentil de IMC entre 85 e 94,9 como excesso de peso e percentil de IMC igual ou superior a 95 como obesidade (CDC, 2000a,b).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise de dados definiram-se como variáveis dependentes os hábitos alimentares, de actividade física, o tempo usado pelos alunos a ver televisão/usar o computador/jogar consola, as crenças e atitudes dos pais e alunos acerca do peso e da alimentação saudável. As variáveis independentes definidas foram o sexo, a idade e o percentil de IMC ajustado para a idade. Definiu-se o ano curricular em que os alunos estão matriculados como o factor fixo. A análise estatística foi realizada através do *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 16.0), através de medidas estatísticas, que incluíram frequências,

medidas de tendência central e de dispersão. Para a análise subsequente de dados, nomeadamente no que diz respeito à procura de relações entre as variáveis, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. O nível de significância utilizado foi de 0,05 para todas as análises estatísticas.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 432 alunos que participaram no estudo, 53,7% eram do sexo feminino e 46,3% do sexo masculino. O intervalo de idades dos alunos situava-se entre os 10 e os 17 anos de idade, sendo a média de idades da população de 12,65±1,79 anos.

Percentil de IMC ajustado para a idade

Para medir a relação entre o peso e a altura dos alunos utilizou-se o percentil de IMC ajustado para a idade (Quadros 4, Figuras 1 e 2).

Quadro 4. Percentil de IMC ajustado para a idade dos alunos por ano curricular.

Classificação	População		5.º Ano		6.º Ano		7.º Ano		8.º Ano		9.º Ano	
	f	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%	*f*	%
Magreza	9	2,0	2	1,8	-	-	4	5,2	2	2,5	1	1,3
Peso normal	285	66,3	67	59,8	57	66,3	48	62,3	56	69,1	57	77,0
Excesso de peso	91	21,2	29	25,9	18	20,9	17	22,1	16	19,8	11	14,9
Obesidade	45	10,5	14	12,5	11	12,8	8	10,4	7	8,6	5	6,8
Totais	430	100	112	100	86	100	77	100	81	100	74	100

Figura 1. IMC dos alunos na população.

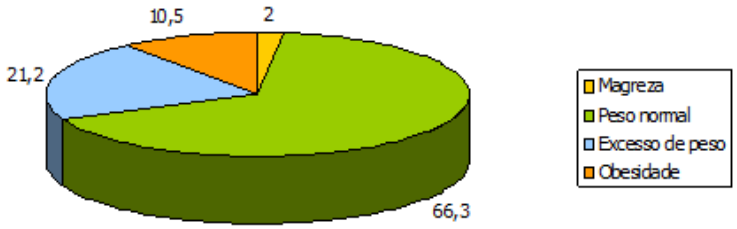
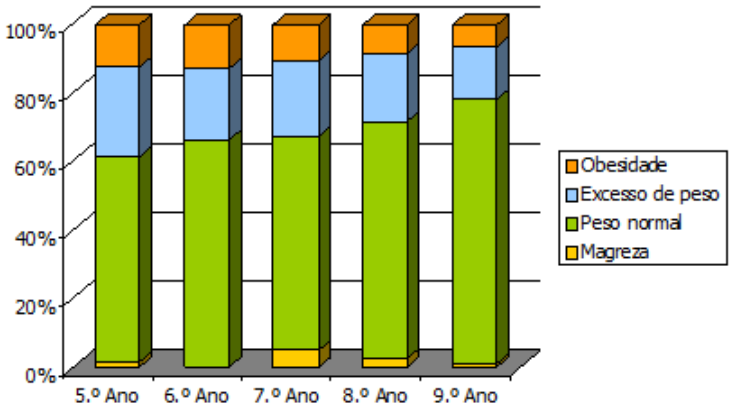


Figura 2. IMC dos alunos por ano curricular.



Os resultados relativos ao IMC dos alunos indicaram que, na população em estudo, 31,7% dos alunos apresentavam peso em excesso, dos quais 10,5% eram obesos. A prevalência de excesso de peso e obesidade era superior nos alunos mais novos, variando entre 38,4% nos alunos do 5.º ano até 21,7% nos alunos do 9.º ano. As raparigas apresentavam uma maior prevalência de excesso de peso e obesidade (32,4% nas raparigas e 30,7% nos rapazes), no entanto os rapazes eram mais obesos (9,5% nas raparigas e 11,6% nos rapazes). Estes resultados são semelhantes aqueles encontrados noutros estudos em Portugal (Matos, 2004; Padez *et al.*, 2004; Carmo *et al.*, 2006).

Comparando os resultados do presente estudo com os da avaliação nutricional realizada no ano lectivo de 2006/07 no EJAF, a prevalência de excesso de peso e de obesidade aumentou 0,2%, apesar da prevalência de obesidade ter diminuído de 12,5% para 10,5%. O aumento da prevalência global pode ter a ver com a entrada de novos alunos na escola, enquanto que o decréscimo na prevalência de obesidade pode estar relacionada com as medidas de combate ao excesso de peso e obesidade postas em prática pela direcção pedagógica do EJAF durante o ano curricular 2007/08 e anterior.

Relativamente ao questionário dirigido aos pais/encarregados de educação acerca do peso dos seus filhos e da alimentação saudável, os dados indicaram que, no geral, os pais possuíam crenças, atitudes e conhecimentos correctos acerca da alimentação saudável e do papel do peso na saúde dos seus filhos. Desta forma, estes pais, podem desempenhar um papel importante no sentido de promover hábitos alimentares saudáveis no seio familiar, para além dos pais representarem modelos de comportamentos alimentares para os filhos (Andrade, 2005). Segundo Vargas e Lobato (2007), a frequência com que os pais desenvolvem hábitos alimentares saudáveis parece estar associada à ingestão alimentar e influenciar o desenvolvimento alimentar dos filhos a longo prazo. Os resultados deste questionário indicaram, no entanto, que os pais tendiam a subestimar o peso dos filhos, ao mesmo tempo que demonstravam ser optimistas no que diz respeito à imagem corporal dos mesmos. Na base destes resultados pode estar o facto de os pais partilharem crenças no sentido de pensarem que as crianças gordas são mais saudáveis, e que este excesso de peso pode representar o seu sucesso na alimentação e no papel maternal (Andrade, 2005).

O questionário de crenças e atitudes dirigido aos alunos acerca do seu peso e da alimentação saudável apresentou alguns resultados semelhantes ao anterior, na medida em que os alunos possuíam crenças, atitudes e conhecimentos correctos acerca da alimentação saudável e também tendiam a subvalorizar o seu peso. Apesar disto, os alunos tinham uma noção mais real acerca da sua imagem corporal e diziam sentir-se bem com o seu corpo, apesar de mais de 50% desejar alterar o seu peso. Este questionário permitiu ainda clarificar que os alunos apresentavam pouca autonomia face à sua alimentação e ao seu peso e que tendiam a alterar o seu comportamento alimentar quando andavam tristes, irritados ou mais ansiosos. Segundo Andrade (2005), as crenças das crianças e adolescentes assumem um papel determinante nas escolhas e comportamentos alimentares saudáveis e não saudáveis. Em virtude da relativa acessibilidade da informação, os jovens apresentam, actualmente, crenças e conhecimentos correctos acerca da alimentação saudável e dos seus eventuais benefícios, no entanto há que considerar as barreiras a este tipo de alimentação, que estão muitas vezes na origem de comportamentos alimentares não saudáveis. É também sabido que a insatisfação com a imagem corporal influencia as práticas alimentares das crianças e adolescentes, podendo potenciar desequilíbrios nutricionais, nomeadamente através do recurso a dietas drásticas para a redução do peso corporal (Viana, 2002). A falta de autonomia das crianças relativamente à sua alimentação, em consequência do controlo excessivo por parte dos pais (e.g., obrigar a criança a comer uma determinada quantidade/qualidade de alimentos) pode levar a que substituam os sinais fisiológicos (e.g., estar saciado) por estímulos externos de regulação

alimentar (Andrade, 2005). Segundo Schachter (Viana, 2002), o comportamento alimentar dos indivíduos obesos é basicamente controlado em função de estímulos externos, tais como o sabor e o aspecto dos alimentos, em detrimento de estímulos fisiológicos. Ainda que as crianças tenham conhecimentos correctos acerca da alimentação saudável e que conheçam as principais relações entre a saúde e a alimentação, a escolha de alimentos saudáveis tende a ser negligenciada no sentido de favorecer a satisfação que a comida pode proporcionar (Costa, 2006).

Quanto aos hábitos de actividade física, 98,6% dos alunos do EJAF faziam educação física na escola, dos quais 81,6% durante 1 a 3 horas por semana (29,4% entre 1 a 2 horas por semana e 52,2% entre 2 a 3 horas por semana). Quanto à forma de ocupar o tempo no intervalo das aulas, 63,1% dos alunos desenvolvia uma actividade física moderada (e.g.: jogar à bola, futebol, correr ou saltar com os amigos), sendo esta prática mais frequente entre os alunos mais jovens. Para além das horas de educação física escolar, apenas 61,5% dos alunos dizia praticar desporto fora da escola, sendo que destes, apenas 55,5% o fazia entre 2 a 3 vezes por semana e 69,3% entre 1 a 2 horas por dia. Os desportos mais populares entre os alunos do EJAF eram a natação e o futebol, assim como a ginástica no caso dos alunos do 5.º ano. No estudo de Matos *et al.* (2001), que incluiu jovens do 6.º, 8.º e 10.º anos em Portugal, 71,9% referiam praticar 2 ou mais vezes por semana actividade física, para além da educação física na escola. Ao contrário dos resultados deste estudo, no EJAF, os alunos mais novos não eram os que mais praticavam actividade física fora da escola. O número de horas que os alunos despendiam diariamente em actividade física fica assim aquém das recomendações da *American Heart Association*, que sugere a prática de 60 minutos por dia de actividade física moderada a vigorosa (Gidding *et al.*, 2006).

Os alunos despendiam mais tempo em actividades de lazer, tais como, ver televisão, usar o computador ou jogar consola, do que a praticar actividade física, à semelhança dos resultados encontrados noutros estudos (Gable, 2007; Miller e Silverstein, 2007). Assim, cerca de metade dos alunos do EJAF utilizava mais de 1 hora por dia para cada uma das seguintes actividades: ver televisão (52,6%) e usar o computador (52,7%). Jogar consola foi a actividade de lazer menos preferida pelos alunos, na medida em que 46,2% referiu jogar consola nunca ou quase nunca.

No que diz respeito aos hábitos alimentares, verificou-se um consumo de lacticínios inferior ao desejado, na medida em que 46,1% dos alunos ingeria 2 ou menos porções de lacticínios por dia, quando o recomendado para crianças e adolescentes a partir dos 9 anos são 3 porções diárias (DGS, s.d.a; Gidding *et al.*, 2006). A prevalência de alunos que não ingeria qualquer tipo de produto lácteo foi elevada (8,7%), sendo superior nos alunos mais velhos (2,5% nos alunos do 5.º ano até 15,1% nos alunos do 9.º ano). Quanto ao tipo, 89,5% dos alunos referiu consumir habitualmente lacticínios meio-gordos, 6,4% gordos e 4,1% magros. As recomendações alimentares a este respeito dizem que as crianças e os jovens devem consumir as versões magras ou pobres em gordura, uma vez que a composição nutricional destas versões é bastante mais equilibrada.

Na população em estudo, o consumo de carne e charcutaria era preferido em relação ao pescado, uma vez que 89,7% dos alunos consumia carne e charcutaria 1 ou mais vezes por dia, enquanto apenas 41,7% consumia pescado com a mesma frequência. É ainda de salientar a este respeito que 49% dos alunos consumia pescado, no máximo, 2 a 4 vezes por semana. Já o consumo diário de ovos entre os alunos era de 33,1%. As recomendações relativas a este grupo alimentar indicam que o consumo destes produtos deve estar compreendido entre 2 a 4,5 porções diárias, devendo dar-se preferência às carnes magras por apresentarem um menor teor de gordura saturada e ao pescado, devido ao seu teor em ácidos gordos essenciais (DGS, s.d.a).

As gorduras fazem parte de uma alimentação saudável, e devem constituir cerca de

2% do peso da alimentação diária, cerca de 2 a 3 porções diárias, no caso das crianças e adolescentes (DGS, s.d.a). No que respeita à quantidade e qualidade, os alunos do EJAF cumpriam as recomendações nutricionais, no entanto, seria desejável que dessem preferência à margarina em detrimento da manteiga, uma vez que a margarina apresenta melhor qualidade nutricional (DGS, 2005). Os resultados relativos ao Grupo III – Gorduras e óleos indicaram que a gordura de adição mais utilizada pelos alunos diariamente era o azeite (39,1%), seguida da manteiga (32,4%), do óleo (30,2%) e da margarina (26,5%).

As recomendações relativas ao consumo de cereais, derivados e tubérculos variam entre 4 e 11 porções diárias de acordo com a Roda dos Alimentos (DGS, s.d.a), no entanto a *American Heart Association* (Gidding *et al.,* 2006) refere que as crianças e adolescentes a partir dos 9 anos devem consumir 5 a 7 porções diárias destes alimentos. Assim, no EJAF, 58,2% dos alunos ingeriam 5 a 7 porções de cereais, derivados e tubérculos por dia, 21,1% ingeria 4 ou menos porções e 20,6% ingeria 8 a 11 porções destes alimentos por dia.

O consumo de doces e pastéis encontrado foi muito superior ao desejado uma vez que 58,2% dos alunos consumiam estes alimentos diariamente, enquanto apenas 6,8% o fazia uma vez por semana. Os alunos do 5.º e 6.º ano eram os que mais consumiam doces e pastéis diariamente (72% e 84,5% respectivamente), ao mesmo tempo que eram os que apresentavam uma maior prevalência de excesso de peso e obesidade. Apesar de não existirem recomendações relativamente à quantidade e frequência com que as crianças e jovens devem consumir bolos, sobremesas e produtos de pastelaria, ricos em açúcares e gorduras saturadas, é consensual que o consumo deste tipo de produtos seja feito ocasionalmente (DGS, s.d.b). É preciso referir que muitos outros alimentos consumidos pelos jovens contêm açúcares adicionados nomeadamente os cereais de pequeno-almoço, as bolachas, os sumos de fruta, entre outros.

À semelhança do que é reportado noutros estudos (Matos *et al.,* 2001; Loureiro, 2004; Gidding *et al.,* 2006), os alunos do EJAF ingeriam poucos legumes e verduras, na medida em que 44% dos alunos não consumia produtos hortícolas diariamente, e apenas 27,3% cumpria as recomendações nutricionais para este grupo de alimentos, que se situa nas 3 a 5 porções diárias. Foi reportado pelos alunos uma baixa ingestão de leguminosas, uma vez que 83% dos mesmos não ingeria este tipo de alimentos diariamente, quando as recomendações são entre 1 a 2 porções diárias (DGS, s.d.a). Segundo a OMS, 2,7 milhões de mortes em todo o mundo são atribuídas ao baixo consumo de frutas e vegetais (WHO, 2008).

Relativamente à ingestão de fruta, os alunos do EJAF apresentavam um consumo bastante aquém do desejado, na medida em que 30,8% referiu não comer de todo fruta durante o dia e apenas 29,7% da população ingeria a quantidade recomendada, ou seja, 3 a 5 peças por dia (DGS, s.d.a).

O consumo de água entre os alunos do EJAF encontrado foi razoável, na medida em que 60,3% ingeria 4 ou mais copos por dia, dos quais 40,3% ingeriam 6 ou mais copos por dia. Quanto ao consumo de sumos e refrigerantes, apenas 35,8% dos alunos dispensava este tipo de bebidas diariamente e eram os alunos mais novos, do 5.º e 6.º ano, que apresentavam uma maior ingestão dos mesmos. Nestes casos, 77,1% dos alunos do 5.º ano e 79,8% dos alunos do 6.º ano bebiam 1 ou mais copos de sumos e refrigerantes por dia e 25,7% dos alunos do 5.º ano e 21,4% dos alunos do 6.º ano ingeriam 6 ou mais copos destas bebidas diariamente, traduzindo-se num aporte de açúcares exagerado.

No que respeita ao consumo de salgados, pizzas, hambúrgueres, maionese e *ketchup,* o consumo diário deste tipo de alimentos, de baixo valor nutricional, encontrou-se muito acima do desejado, especialmente nos alunos do 5.º e 6.º ano. Em contrapartida, o consumo de sopa foi negligenciado, uma vez que 47,9% dos alunos não ingeria sopa diariamente,

contribuindo para um consumo de hortícolas insuficiente.

Os alunos apresentavam, no geral, um bom fraccionamento alimentar, na medida em que mais de 50% faziam 5 ou mais refeições por dia e 96,7% tomava o pequeno-almoço diariamente. Apesar da relação entre o número de refeições diárias e a obesidade em crianças não ser clara, alguns estudos apontam para uma relação inversa, à semelhança do que acontece com os adultos (Toschke *et al.,* 2005). As crianças que tomam o pequeno-almoço diariamente tendem a apresentar aportes de micronutrientes mais adequados e melhor qualidade nutricional. Existe também evidência de que um bom pequeno-almoço ajuda a controlar o peso através da diminuição do consumo de gordura e de *snacks* (Nicklas *et al.,* 2001). É sabido que, actualmente, as crianças e os jovens tendem a fazer as refeições principais sozinhos, em virtude das modificações sócio-culturais que aconteceram nas últimas décadas. Ainda assim, no EJAF, a maioria dos alunos (64,9%) fazia a refeição do jantar com os pais ou familiares e 29,8% fazia ambas as refeições com os seus familiares. É esperado que o conteúdo nutricional destas refeições seja mais equilibrado, podendo ser um ponto de intervenção no que diz respeito à promoção de hábitos alimentares mais saudáveis em meio familiar. Segundo um estudo de Gillman *et al.* (Nicklas *et al.,* 2001), as crianças que jantam em família apresentam um consumo superior de vegetais, fibra, ácido fólico, cálcio, ferro, vitaminas B6, B12, C e E, um menor consumo de gorduras e ácidos gordos saturados, refrigerantes, fritos e refeições com um menor *load* glicémico.

Quanto ao local onde os alunos almoçavam durante a semana, o refeitório foi o mais utilizado, sendo que 80,1% dos alunos faziam aqui pelo menos uma refeição por semana. O bufete da escola foi o segundo local mais frequentado pelos alunos para almoçarem pelo menos uma vez por semana (56,2%), seguido de casa (55,7%). É de referir que 35,9% dos alunos almoçava pelo menos uma vez por semana num bar ou café fora da escola, favorecendo o consumo de refeições pouco saudáveis, nomeadamente de *fast food.*

Um dos objectivos deste estudo consistia em relacionar o percentil de IMC dos alunos ajustado para a idade com os seus hábitos alimentares, de actividade física e de lazer e as crenças e atitudes dos pais e alunos acerca do peso e da alimentação saudável. Assim, foram encontradas as seguintes associações entre a variável percentil de IMC ajustado para a idade e as variáveis:

- Frequência de ingestão de doces e pastéis nos alunos do 9.º ano (S=-0,201, α=0,05);
- Porção de água na população (S=0,136, α=0,01) e nos alunos do 7.º ano (S=0,283, α=0,01);
- Frequência de ingestão de pizzas e hambúrgueres nos alunos do 5.º ano (S=-0,185, α=0,05);
- Número de refeições por dia na população, nos alunos do 8.º e 9.º ano (S=-0,139; S=-0,291; S=-0,224, α=0,01, excepto nos alunos do 9.º ano em que α=0,05);
- Pais grupo 1 na população (S=-0,082, α=0,05);
- Pais grupo 2 na população e nos alunos do 5.º, 6.º, 8.º e 9.º anos (S=0,266; S=-0,299; S=-0,201; S=-0,290, α=0,01, excepto nos alunos do 8.º ano, em que α=0,05), excepto do 5.º ano que é fraca (S=-0,400);
- Alunos grupo 1 nos alunos do 8.º ano (S=-0,232, α=0,05);
- Alunos grupo 2 na população e em todos os anos curriculares (S=-0,395; S=-0,475; S=-0,457; S=-0,395; S=-0,271; S=-0,380, α=0,01, excepto nos alunos do 8.º ano, em que α=0,05);
- Alunos grupo 3 nos alunos do 8.º ano (S=-0,199, α=0,05);

- Frequência de desporto praticado fora da escola nos alunos do 6.º ano (S=0,276, α=0,05).

Os resultados relativos à associação entre o percentil de IMC e o número de refeições por dia foram consistentes com outros estudos publicados, parecendo existir uma associação negativa entre as duas variáveis, sugerindo que os alunos que apresentam um percentil de IMC superior, fazem menos refeições por dia. À semelhança do que foi acima referido, existem estudos que reportam o efeito protector de um fraccionamento alimentar adequado na obesidade infantil (Toschke *et al.,* 2005). Foram encontrados resultados não esperados no que diz respeito às associações entre o percentil de IMC e as variáveis porção de água na população, frequência de doces e pastéis, pizzas e hamburgueres e frequência de desporto praticado fora da escola. Estes resultados podem ser explicados pelo facto dos alunos com excesso de peso e obesidade reportarem comportamentos alimentos e de actividade física distintos da realidade. Num estudo de Hassapidou *et al.* (2006) crianças dos 11 aos 14 anos de ambos os sexos, com excesso de peso, reportaram uma ingestão calórica menor, quando comparados com os adolescentes com peso normal e baixo peso. No mesmo estudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a actividade física reportada pelos adolescentes com excesso de peso e aqueles sem excesso de peso. Foi colocada a hipótese de que, à semelhança do que acontece com a ingestão calórica, os indivíduos com excesso de peso reportem um tempo superior ao real dispendido com a actividade física.

Relativamente às associações encontradas entre o percentil de IMC e as variáveis relativas ao questionário das crenças e atitudes, os resultados foram consistentes com outros estudos publicados (Viana, 2002; Andrade, 2005).

DEFININDO UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO CONTRA O EXCESSO DE PESO E OBESIDADE INFANTIL

O público-alvo desta intervenção são todos os alunos do 5.º ao 9.º ano e o projecto terá a duração de 2 anos lectivos, tendo início no ano curricular de 2008/09 e terminando em 2010/2011. O objectivo deste projecto passa por reduzir a prevalência do excesso de peso e obesidade infantil através da aquisição e desenvolvimento de atitudes e comportamentos que visem a promoção e adopção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Assim os objectivos específicos são os seguintes: (1) Melhorar os hábitos alimentares dos alunos; (2) Aumentar os níveis de actividade física dos mesmos; (3) Diminuir o tempo que os alunos despendem em actividades sedentárias, tais como ver televisão, usar o computador e jogar consola;

Para alcançar os objectivos acima descritos, a intervenção será baseada na escola, no entanto, tendo em conta que a família desempenha um papel importante na aquisição, desenvolvimento e manutenção de estilos de vida, os pais também serão envolvidos no projecto. A investigação subjacente a este trabalho serviu para caracterizar e compreender a problemática em estudo, servindo de base à determinação das actividades a desenvolver, no sentido de reduzir a prevalência do excesso de peso e obesidade infantil nos alunos do EJAF. A estratégia de intervenção deste projecto passa não só pela prevenção primária, mas também secundária do excesso de peso e obesidade infantil, visando não só a promoção e educação para a saúde como também a melhoria de todo o processo de identificação e acompanhamento dos alunos em risco. Consideram-se então, no âmbito do presente projecto, as seguintes estratégias presentes do Quadro 5.

Quadro 5. Estratégias do projecto de intervenção.

Estratégia	Descrição das estratégias de intervenção
E1.	Produzir e divulgar orientações técnicas sobre promoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, prevenção e tratamento do excesso de peso e obesidade.
E2.	Elaborar orientações técnicas para a medição e registo do percentil de IMC ajustado para a idade dos alunos.
E3.	Criar consultas de nutrição e dietética no EJAF para alunos com obesidade.
E4.	Encaminhar os alunos com obesidade para avaliação no GAPO (Gabinete de Apoio e Orientação).
E5.	Promover, junto da administração do externato, a criação de condições para a disponibilidade e incentivo de refeições equilibradas, sob o ponto de vista nutricional, no refeitório e bufete.
E6.	Promover, em parceria com os professores e os pais, o incentivo ao aumento da actividade física dentro e fora da escola, mediante o incentivo à prática de exercício físico e, simultaneamente, a diminuição do tempo que os alunos passam a ver televisão/usar o computador/jogar consola.
E7.	Promover a celebração do Dia Mundial da Alimentação em toda a comunidade escolar.
E8.	Instituir a criação e celebração do Dia Escolar contra a Obesidade Infantil em toda a comunidade escolar.
Estratégia	Descrição das estratégias de formação
E9.	Produzir e divulgar, em parceria com as equipas de saúde escolar, orientações técnicas sobre a abordagem do excesso de peso e obesidade infantil.
E10.	Promover cursos de formação para o pessoal docente e não docente acerca de estratégias de combate ao excesso de peso e obesidade infantil.
E11.	Elaborar, em parceria com a direcção pedagógica, instrumentos pedagógicos e acções de formação destinados ao pessoal docente, não docente, alunos, aos pais e encarregados de educação, sobre a prevenção do excesso de peso e obesidade infantil.
E12.	Desenvolver fóruns de discussão com os alunos sobre prevenção do excesso de peso e obesidade infantil.
Estratégia	Descrição das estratégias de colheita e análise de informação
E13.	Desenvolver em conjunto com os professores de educação física um observatório para o excesso de peso e obesidade infantil, que reúna sistemas de colheita de informação, permitindo a colheita e análise de dados referentes à prevalência e incidência do excesso de peso e obesidade, consequências para a criança e sua evolução face às acções desenvolvidas, bem como dados relativos a crianças obesas seguidas em consulta de nutrição e dietética e avaliadas no GAPO e sua evolução.
E14.	Monitorizar as mudanças comportamentais dos alunos, associadas a um aumento da qualidade do estilo de vida dos mesmos, resultantes do projecto em causa.

A nível local, a execução do projecto será da responsabilidade de uma equipa de gestão do projecto que integra obrigatoriamente, profissionais de saúde e de educação. Os parceiros devem ser envolvidos desde o início do projecto, nomeadamente: (1) Administração do EJAF, a quem compete assegurar a gestão do refeitório, do bufete e do pessoal docente e não docente, (2) Associação de Pais/Encarregados de Educação, que intervêm junto dos poderes públicos, no sentido de defender o interesse dos alunos, nomeadamente no que diz respeito à acção social escolar e à alimentação, (3) Centro de Saúde, fornecendo o apoio logístico e científico necessário, (4) Indústrias ou empresas e organização do ramo alimentar, adequando os princípios básicos da nutrição e alimentação saudável na rotulagem e fornecimento dos produtos alimentares, contribuindo para uma melhor escolha por parte do consumidor. Será também realizada uma avaliação do projecto em causa, que tem por finalidade apresentar à administração do EJAF e aos representantes dos parceiros os efeitos e resultados obtidos ao longo desta intervenção, no sentido de se poder reformular o projecto caso necessário e actuar em conformidade com os resultados.

As técnicas de recolha de informação a ser utilizadas serão as seguintes: (1) Aplicação de inquéritos a toda a comunidade escolar para recolha de dados considerados pertinentes para a avaliação do projecto; (2) Aplicação de instrumentos de avaliação nutricional aos alunos; (3) Aplicação de instrumentos de avaliação da qualidade nutricional no bar e refeitório de acordo com os parâmetros definidos pela DGIDC. Serão definidos

indicadores de avaliação baseados nos critérios de avaliação e nos objectivos formulados *a priori*, bem como nas actividades a desenvolver.

CONCLUSÃO

Conclui-se assim que na população em estudo a prevalência de excesso de peso e obesidade nos alunos era de 31,7%, dos quais 10,5% eram obesos e esta prevalência era superior nos alunos mais novos e nas raparigas, no entanto os rapazes eram mais obesos. Neste sentido, identificaram-se como áreas de intervenção, a melhoria dos hábitos alimentares, o aumento dos níveis de actividade física e a diminuição das actividades de lazer sedentárias dos alunos, bem como intervenções ao nível das crenças, atitudes e comportamentos dos alunos e dos pais.

O esboço do projecto de intervenção que foi apresentado tem como objectivo reduzir a prevalência do excesso de peso e obesidade infantil através da aquisição e desenvolvimento de atitudes e comportamentos que visem a promoção e adopção de hábitos e estilos de vida saudáveis. É sabido que mudar atitudes e comportamentos, nomeadamente, os que dizem respeito a mudança de estilos de vida, é um processo difícil e que leva tempo, sendo fundamental uma abordagem integrada que afecte as varias dimensões das causas do problema em que se pretende intervir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, M.G. (2005). O desenvolvimento das escolhas alimentares em crianças e adolescentes. Arquivo disponível em http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congresso_lisboa/andrade/andrade.htm. Consultado a 19 de Dezembro de 2007.

Berkey, C.S., Rockett, H.R.H., Field, A.E., Gillman, M.W., Frazier, A.L., Camargo, C.A. & Colditz, G.A. (2000). Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. *Pediatrics*, 105 (4), e56. Arquivo disponível em http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/105/4/e56. Consultado a 2 de Outubro de 2007.

Carmo, I., Galvão-Teles, A., Medina, L., Reis, L., Carreira, M., Camolas, J. & Santos, O. (2004). Distribuição do índice de massa corporal em Portugal Continental – resultados preliminares [s.n.].

Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L. & Galvão-Teles, A. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews*, 7, 233-237.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2000a). Body mass index-for-age percentiles. Arquivo disponível em http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/growthcharts/set1clinical/cj41l023.pdf. Consultado a 29 de Julho de 2008.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2000b). Body mass index-for-age percentiles. Arquivo disponível em http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/growthcharts/set1clinical/cj41l022.pdf. Consultado a 29 de Julho de 2008.

Costa, R. (2006). *O trabalho de projecto como estratégia para a promoção da educação alimentar no 6.º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado (inédita), Braga, Universidade do Minho.

De Onis, M. & Blossner, M. (2000). Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72, 1032-1039.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (2005). Gorduras – Princípios para uma alimentação saudável. Arquivo disponível em http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008722.pdf. Consultado a 15 de Setembro de 2008.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (s.d.a). Folheto explicativo da roda dos alimentos. Arquivo dis-

ponível em http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55185540612361 54AAAAAAAA. Consultado a 15 de Setembro de 2008.

DGS – Direcção-Geral da Saúde (s.d.b). As recomendações para a população portuguesa em termos nutricionais. Arquivo disponível emhttp://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55185540612361 54AAAAAAAA. Consultado a 15 de Setembro de 2008.

Dietz, W.H. & Gortmaker, S.L. (2001). Preventing obesity in children and adolescents. *Annual Review of Public Health*, 22, 337-353.

Doak, C.M., Visscher, T.L.S., Renders, C.M. & Seidell, J.C. (2006). The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity Reviews*, 7, 111-136.

Donohoe, M. (2007). Weighty matters: public health aspects of the obesity epidemic. Part I – Causes and health and economic consequences of obesity. Medscape Ob/Gyn and Women´s Health 2007. Arquivo disponível em http://www.medscape.com/viewarticle/566056. Consultado a 18 de Janeiro de 2008.

Ebbeling, C.B., Pawlak, D.B. & Ludwig, D.S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360, 473-482.

Freedman, D.S., Khan, L.K., Serdula, M.K., Dietz, W.H., Srinivasan, S.R. & Berenson, G.S. (2005). Racial differences in the tracking of childhood BMI to adulthood. *Obesity Research*, *13*(5), 928-935.

Gable, S., Chang, Y. & Krull, J.L. (2007). Television watching and frequency of family meals are predictive of overweight onset and persistence in a national sample of schoolaged children. *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 53-61.

Gidding, S.S., Dennison, B.A., Birch, L.L., Daniels, S.R., Gilman M.W., Lichtenstein, A.H., Rattay, K.T., Steinberger, J., Stettler, N. & Van Horn, L. (2006). Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners. *Pediatrics*, 117 (2), 544-559.

Gortmaker, S.L., Peterson, K., Wiecha, J., Sobol, A.M., Sujata, D., Kox, M.K. & Laird, N. (1999). Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 409-418. Arquivo disponível em http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/153/4/409. Consultado a 23 de Outubro de 2007.

Guo, S. S. & Chumlea, W. C. (1999). Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 145S-148S.

Hassapidou, M., Fotiadou, E., Maglara, E. & Papadopoulou, S.K. (2006). Energy intake, diet composition, energy expenditure, and body fatness of adolescents in northern Greece. *Obesity*, 14, 855-862. Arquivo disponível em http://www.obesityresearch.org/cgi/content/full/14/5/855. Consultado a 22 de Outubro de 2007.

IOTF (2005). EU Platform on Diet, Physical Activity and Health: EU Platform Briefing Paper. International Obesity Task Force, Brussels.

Kumanyika, S., Jeffery, R.W., Morabia, A., Ritenbaugh, C. & Antipatis, V.J. (2002). Obesity prevention: the case for action. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 26, 425-436.

Lissau, I., Overpeck, M.D., Ruan, W.J., Due, P., Holstein, B.E. & Hediger, M.L. (2004). Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*, 158, 27-33.

Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 (2), 43-55.

Matos, M., Carvalhosa, S. & Diniz, J. (2001). Actividade física e prática desportiva nos jovens

portugueses. Arquivo disponível em http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/ActFisica.pdf. Consultado a 29 de Julho de 2008.

Matos, M.G. (2004) – *Obesidade na adolescência*. Arquivo disponível em http://www.adexo.pt/index.php?pagina=estudos&PHPSESSID=ad5b278086a3c7aabfe436287b5ca9c2>. Consultado a 29 de Julho de 2008.

Miller, J.L. & Silverstein, J.H. (2007). Management approaches for pediatric obesity. *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism*, 3 (12), 810-818.

Nicklas, T.A., Baranowski, T., Cullen, K.W. & Berenson, G. (2001). Eating patterns, dietary quality and obesity. *Journal of the American College of Nutrition*, 20 (6), 599-608.

Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.

Popkin, B.M. (2002). The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from past experiences! *Public Health Nutrition*, 5, 205-214.

Rocchini, A.P. (2002). Childhood obesity and a diabetes epidemic. *New England Journal of Medicine*, 346, 854-855.

Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto [s.d.]. Questionário de Frequência Alimentar. Arquivo disponível em http://higiene.med.up.pt/freq.php. Consultado a 27/08/2007.

Stettler, N. (2002). Environmental factors in the etiology of obesity in adolescents. *Ethnicity & Disease*, 12, S1-S45.

Toschke, A.M., Küchenhoff, H., Kloetzko, B. & von Kries, Rüdiger (2005). Meal frequency and childhood obesity. *Obesity Research*, 13, 1932-1938.

Vargas, V.S. & Lobato, R.C. (2007). O desenvolvimento de práticas alimentares saudáveis: uma estratégia de educação nutricional no ensino fundamental. *Vita et Sanitas*, 1 (1), 24-33.

Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (XX), 611-624.

Wang, Y., Monteiro, C. & Popkin, B.M. (2002). Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75, 971-977.

Whitaker, R. C., Whright, J.A., Pepe, M.S., Seidel, K.D. & Dietz, W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*, 337, 869-873.

WHO – World Health Organization (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

EDUCAÇÃO NUTRICIONAL EM SAÚDE: "ADOLESCENTES, MANTENHAM A SUA CINTURA A MENOS DA METADE DA SUA ESTATURA"

Patrícia Feliciano Pereira[1], Sylvia Franceschini[2], Maria do Carmo Peluzio[3] & Silvia Priore[4]

Resumo

O presente estudo objetivou avaliar a utilidade da relação cintura/estatura (RCE) para predizer risco metabólico em adolescentes do sexo feminino (n=113), de 14 a 18 anos, com diferentes níveis de adiposidade. Foram obtidos: peso, estatura, índice de massa corporal, circunferência da cintura e RCE. Quanto aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, avaliou-se: glicemia, insulina, HOMA, leptina e pressão arterial. As adolescentes com peso adequado, mas com gordura corporal elevada apresentaram acúmulo de gordura abdominal significantemente ($p<0,001$) maior que o grupo com peso e gordura corporal adequada. A obesidade abdominal (RCE≥0,50) associou-se com todos os fatores de risco considerados. A simples mensagem: "mantenha a sua cintura a menos da metade da sua estatura", poderia ser utilizada na educação em saúde de adolescentes.

Palavras-chave

Adolescentes; relação cintura-estatura; fatores de risco cardiovasculares.

INTRODUÇÃO

A obesidade tem sido definida como excesso de gordura corporal e não somente excesso de peso corporal (WHO, 1995). Esta condição vem aumentando gradativamente na população adolescente (Reilly, 2006; Ogden *et al*., 2007), sendo que a do tipo abdominal ou central tem apresentado maior aumento que a obesidade geral neste grupo (McCarthy *et al.*, 2003; Moreno *et al*., 2005; Li *et al.*, 2006).

Este fato é preocupante, visto que o excesso de gordura corporal, principalmente a localizada na região central do corpo apresenta-se fortemente associada a fatores de risco cardiovasculares mesmo em jovens (Lurbe *et al*, 1999; Sellers *et al*, 2008), tendendo a se manter na vida adulta, aumentando a morbimortalidade (Dietz, 1998; Sinaiko *et al*., 1999; Oliveira, 2007).

Uma condição em relação à composição corporal que tem merecido atenção dos especialistas na atualidade são os indivíduos com peso corporal adequado e que apresentam elevado percentual de gordura corporal, também denominados de "obesos de peso normal", o que aumenta os riscos de desenvolvimento de doenças ateroscleróticas (Lorenzo *et al*, 2006). Tem-se sugerido que a gordura abdominal seria o fator determinante para o risco aumentado de alterações metabólicas em adolescentes "obesos de peso normal" comparado aos com peso e gordura corporal normais (Sellers *et al*, 2008; Kelishadi *et al*, 2008).

Os métodos mais precisos para a avaliação da gordura abdominal são de alto custo, requerem muito treinamento por parte dos avaliadores e envolvem exposição à radiação,

1. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **pf_pereira@yahoo.com.br**
2. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **sylvia@mail.ufv.br**
3. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **mpeluzio@ufv.br**
4. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **sepriore@ufv.br**

como é o caso da tomografia computadorizada (Goran & Gower, 1999). As medidas antropométricas, por outro lado, apresentam uma série de vantagens, dentre elas a simplicidade de obtenção, o baixo custo e serem inócuas (Pereira *et al*., 1999). Contudo, ainda não se conseguiu estabelecer qual a melhor medida para uso em adolescentes (Dietz & Robinson, 2005), nem pontos de corte internacionalmente aceitos para classificação de excesso de gordura abdominal neste grupo (Wang, 2006).

Uma medida de localização de gordura mais recentemente empregada em adolescentes, e que parece apresentar bom desempenho, é a relação cintura/estatura (RCE). Asayama *et al*. (2000) estudando meninas japonesas obesas verificaram que esta medida foi a de maior sensibilidade e especificidade para predizer alterações metabólicas comparada a circunferência da cintura e a relação cintura/quadril (RCQ). Savva *et al.* (2000) encontraram que a RCE foi superior ao índice de massa corporal (IMC) para predizer alterações metabólicas em adolescentes.

Além disso, a RCE é uma medida simples que apresenta a vantagem de permitir o uso de um ponto de corte único (RCE $\geq$ 0,5), aplicável a todos os indivíduos independentemente do sexo, faixa etária e raça/etnia. A recomendação para se "manter a cintura a menos da metade da estatura" poderia ser utilizada desde a infância até a vida adulta no mundo todo, com mensagens simples e de fácil compreensão pela população (Ashwell & Hsieh, 2005; McCarthy & Ashwell, 2006).

A luz destas questões, o objetivo deste trabalho foi comparar o acúmulo de gordura abdominal entre adolescentes com peso e gordura corporal adequados, "obesas de peso normal" e adolescentes com excesso de peso, bem como verificar a utilidade da RCE para predizer fatores de risco cardiovasculares.

METODOLOGIA

Casuística

Trata-se de um estudo transversal controlado com 113 adolescentes do gênero feminino, de 14 a 18 anos, provenientes de escolas públicas de Viçosa – MG, Brasil. Em relação ao estado nutricional, 40 (35,4%) eram eutróficas com percentual de gordura normal (20-25%), 38 (33,6%) eram eutróficas pelo IMC (percentil de IMC entre 5 e 85) (24) mas com elevado percentual de gordura corporal ($\geq$ 28%), consideradas para fins deste trabalho de "obesas de peso normal" ou "grupo estudo" e 35 (31%) adolescentes apresentavam risco de sobrepeso/sobrepeso (IMC $\geq$ percentil 85) (CDC, 2000) e percentual de gordura elevado ($\geq$ 28%).

As adolescentes incluídas apresentaram menarca há pelo menos 1 ano, o que indica que apresentavam maior probabilidade de terem ultrapassado o período mais intenso de transformações físicas próprias da puberdade (Bronhara & Vieira, 2007). Considerou-se como critério de inclusão não ser portadora de enfermidade crônica, não ser fumante, não fazer uso de suplementos ou medicamentos com interferência no metabolismo glicídico e lipídico e não estar em período gestacional.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa. A participação foi voluntária, e após esclarecimento verbal, as participantes e/ou responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. .

Antrompometria

O peso foi aferido utilizando balança digital eletrônica, com capacidade de 150kg e divisão de 50g. A estatura foi aferida utilizando estadiomêtro, com extensão de 2,00 m, dividido em centímetro e subdividido em milímetros. Todas as aferições seguiram

as técnicas propostas por Jellife (1968). O IMC foi obtido através da relação entre peso corporal total (kg) e estatura (m^2).

A circunferência abdominal foi aferida na menor circunferência do abdômen, sob roupas leves e no final de uma expiração normal, utilizando uma fita métrica flexível e inelástica (Callaway, 1988).

Composição corporal

O percentual de gordura corporal foi estimado por dois métodos: a) bioimpedância elétrica bipolar (*Tanita Scale Plus Body Fat Monitor* BF-682), que tem precisão de 0,1%, capacidade máxima de 150 kg e subdivisão de 100g; b) bioimpedância elétrica tetrapolar (*Biodynamics©, modelo 310, versão 7.1*).

A avaliação foi realizada entre 7:00 horas e 8h30min, estando as adolescentes em jejum de 12 horas e seguindo recomendações prévias (Barbosa, 2006). As adolescentes selecionadas para participarem do estudo tinham que apresentar a mesma classificação do percentual de gordura, pelos dois métodos, a fim de se obter maior segurança quanto ao diagnóstico realizado.

Fatores de risco cardiovasculares

As participantes foram orientadas a fazer jejum de 12 horas, e a coleta de sangue foi realizada no Laboratório de Análises Clínicas da Divisão de Saúde da UFV logo após a avaliação antropométrica.

Foram dosados os parâmetros glicemia, insulina e leptina. A resistência insulínica foi determinada pelo homeostasis model assessment (HOMA), obtido através da fórmula [(insulina de jejum (µU/mL) x glicemia de jejum [mmol/L])/22,5] e considerou-se valores elevados ≥3,16 (Matthews, 1985; Keskin *et al*., 2005). O valor de referência para leptina no sexo feminino utilizado foi de até 17 ng/mL (Kit LINCO Research).

A pressão arterial foi aferida no membro superior esquerdo utilizando monitor de pressão sanguínea de inflação automática *Omron® Model HEM-741 CINT*, em triplicata com intervalo de 1 minuto entre as mesmas, estando as adolescentes na posição sentada, em repouso de pelo menos 5 minutos. A hipertensão arterial foi classificada de acordo com V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006).

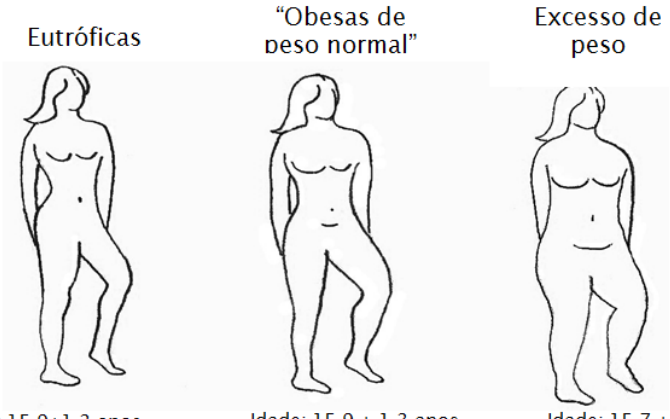
Análise Estatística

Primeiramente, foi verificada a distribuição das variáveis através do teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*. A análise exploratória dos dados foi realizada através de medidas de tendência central e de dispersão. Posteriormente, para identificar diferença estatística nas variáveis em estudo entre as adolescentes eutróficas com elevada adiposidade e os outros dois grupos individualmente, foi empregado o teste de *Mann-Whitney* e o teste *t de Student*, de acordo com a distribuição das variáveis, paramétricas ou não paramétricas, respectivamente. A análise estatística foi realizada no *software Sigma-Statistic 2.0*. O nível de significância foi de 0,05.

Resultados e Discussão

As características da população estudada foram comparadas entre os três grupos. As variáveis peso, IMC, %GC, CC e RCE no grupo de "obesas de peso normal" foram significantemente maiores que no eutrófico e menores quando comparada ao grupo com excesso de peso ($p<0,001$). A estatura e a idade não diferiram entre os grupos, refletindo a homogeneidade entre os mesmos (Figura 1).

Figura 1. Idade, antropometria e composição corporal das adolescentes.



Eutróficas	"Obesas de peso normal"	Excesso de peso
Idade: 15,9±1,3 anos	Idade: 15,9 ± 1,3 anos	Idade: 15,7 ± 1,1 anos
Peso: 51,2± 6,0 kg	Peso: 57,7 ±6,3 kg	Peso: 70 ± 12,7 kg
Est.:1,61 ± 0,07 m	Est.: 1,62 ±0,06 m	Estatura: 1,6 ±0,06 m
IMC: 19,7 ±1,5 kg/m²	IMC: 21,9 ± 1,75 kg/m²	IMC:27,3 ±4,03 kg/m²
%GC: 22,7 ± 1,3	%GC: 30,6 ± 1,8	%GC: 33,6 ±3,3
CC: 65,2 ± 3,1 cm	CC: 70,9 ± 7,9 cm	CC: 79,1 ± 7,8 cm
RCE:0,41 ± 0,02	RCE: 0,44 ± 0,05	RCE: 0,5 ±0,05

Abreviações: Est.: Estatura; IMC: índice de massa corporal; %GC: percentual de gordura total; CC: circunferência da cintura; RCE: relação cintura/estatura.

Na tabela 1 estão apresentadas as freqüências dos fatores de risco avaliados nas adolescentes. A resistência insulínica, indicada pelo HOMA, apresentou freqüência semelhante à hiperinsulinemia, mas demonstrou diferença significante entre o grupo de estudo e o grupo eutrófico (χ^2=4,21; p=0,040), e entre o grupo de estudo e o com excesso de peso (χ^2=7,75; p=0,005). A resistência insulínica em jovens geralmente encontra-se associada à obesidade e/ou a puberdade, história familiar de diabetes, presença de diabetes gestacional, retardo de crescimento intra-uterino, sedentarismo e dieta com alta densidade energética (Botero & Wolfsdorf, 2005). Visto que a hiperinsulinemia/resistência insulínica é um forte preditor da ocorrência de diabetes *mellitus* tipo 2 (Haffner, 1998), os resultados encontrados são preocupantes. Realmente até pouco tempo, o diabetes em crianças e adolescentes era praticamente sinônimo de diabetes *mellitus* tipo 1, contudo nos últimos 10-20 anos, o diabetes tipo 2 tem aumentado de forma alarmante acompanhando a epidemia da obesidade nestes grupos (Botero & Wolfsdorf, 2005).

Já a hiperleptinemia apresentou valores elevados, principalmente nas adolescentes com excesso de peso (χ^2=7,51; p=0,006), o que indica que este grupo pode ter maior risco de desenvolvimento do diabetes *mellitus* tipo 2, visto que a leptina está diretamente envolvida na fisiopatologia desta doença (Sandoval & Davis, 2003). Estudo realizado com adolescentes (10 a 19 anos) encontrou correlação positiva da leptina com HOMA, podendo ser este hormônio empregado como um forte marcador da síndrome metabólica e do risco de doenças cardiovasculares neste grupo etário (Huang *et al*., 2004).

Embora a hipertensão arterial não tenha sido freqüente na população avaliada, chama a atenção o aumento no número de adolescentes com esta condição com o aumento da adiposidade (excesso de peso>eutróficas com gordura elevada>eutróficas com gordura adequada), mas sem significância estatística.

***Tabela 1** – Freqüência dos fatores de risco cardiovasculares nas adolescentes.*

Fatores de risco	Grupos		
	Eutróficas N (%)	"Obesas de peso normal" N (%)	Excesso de peso N (%)
Hiperinsulinemia	3 (7,5)	6 (15,8)	16 (45,7)*b
HOMA > 3,16	1 (2,5)*a	6 (15,8)	16 (45,7)*b
Hiperleptinemia	3 (7,5)	7 (18,4)	17 (48,6)*b
Hipertensão arterial	1 (2,5)	4 (10,5)	5 (14,3)

*Teste do qui-quadrado (x^2) *p<0,05*
a: Eutróficas x "obesas de peso normal"; b: "Obesas de peso normal x excesso de peso

As médias e medianas dos diversos fatores de risco cardiovasculares nos grupos com e sem obesidade abdominal, classificados pela RCE, são apresentadas na tabela 2. Foram encontrados valores significantemente maiores de insulina, HOMA, leptina, pressão arterial sistólica e diastólica nas adolescentes com obesidade abdominal.

Savva *et al*. (2000) encontraram maiores níveis de pressão arterial sistólica e diastólica, triglicerídeos, colesterol total e frações em adolescentes (11,4 ± 0,4 anos) com RCE > percentil 75 da amostra estudada (>0,51 para meninas e >0,52 para meninos).

Maffeis *et al*. (2008) estudando 1479 (M/F: 740/739) crianças e adolescentes (5 a 15 anos), na Itália, encontraram que aqueles obesos ou com peso normal e com RCE ≥0,5 apresentaram 7 a 8 vezes mais chance de ter alto risco metabólico comparado aqueles com peso adequado e RCE <0,5, indicando o papel da gordura abdominal no risco cardiovascular.

Um mecanismo proposto sobre a associação entre gordura abdominal e alterações metabólicas coloca que a adiposidade abdominal, tanto a subcutânea quanto a visceral, ocorre pela alta ingestão de açúcares e gorduras e baixo nível de atividade física. Além destes, o hábito de fumar, fatores genéticos e o estresse estão relacionados ao acúmulo de gordura visceral. Este tipo de gordura associa-se a liberação de ácidos graxos livres e adipocinas com atividade pró-inflamatória que desencadeiam um perfil metabólico alterado (Despres & Lemieux, 2006), caracterizado por dislipidemias, hipertensão arterial e resistência insulínica (Esmaillzadeh *et al*., 2006).

Tabela 2. Comparação dos fatores de risco cardiovasculares de acordo com a RCE.

Variáveis	Grupos de acordo com a RCE	
	RCE< 0,50 n=102	RCE≥0,50 n=11
Insulina (mcU/mL)	10,4 (2,1-47,8)	18,8 (6,8-39,8) ‡
HOMA	1,98 (0,41-12,26)	3,46 (1,29-8,55) ‡
Leptina (ng/mL)	9,8 (2,2-120,2)	17,2 (10,8-50,4) †
Pressão sistólica (mmHg)	101 (84-122)	107 (101-131) ‡
Pressão diastólica (mmHg)	69 (6,7)	78,6 (9,2) †

Abreviações: HOMA: homeostasis model assessment.
Valores expressos em média (desvio-padrão) ou mediana (mínimo-máximo).
*Teste t-student e teste de Mann-Whitney. * p< 0,05; † p< 0,01; ‡ p< 0,001*

A RCE demonstrou ser uma medida útil para predizer risco metabólico em adolescentes do sexo feminino. Tendo em vista que a definição de pontos de corte adequados a populações específicas é especialmente importante, pois algumas populações como a asiática, tende a ser mais baixa e apresentar maior morbidade cardiovascular em menores valores de cintura (Ashwell & Hsieh, 2005; Misra *et al*., 2006), o uso da RCE soluciona tais limitações com uma mensagem única: "mantenha a sua cintura a menos da metade da sua estatura", em todas as idades e ambos os sexos (Ashwell & Hsieh, 2005; McCarthy & Ashwell, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste trabalho demonstram que alterações metabólicas e de composição corporal já aparecem em adolescentes (mesmo naquelas com peso adequado) e são preocupantes, pois se sabe que as mesmas tendem a se manter na vida adulta. O enfoque foi dado ao excesso de gordura corporal, principalmente o de localização central, que chamou a atenção por sua associação com maior risco cardiovascular.

A adolescência constitui uma fase de vulnerabilidade biológica devido aos hábitos alimentares freqüentemente errôneos, caracterizados pelo alto consumo de açúcares e gorduras; e associado a elevadas prevalências de sedentarismo; sendo estes fatores de riscos importantes na determinação da obesidade abdominal. Contudo ao mesmo tempo, este é um período oportuno para a realização de intervenções, visto ocorrer nesta fase o processo de formação e consolidação de hábitos de vida.

A educação para a saúde por meio de programas nutricionais efetivos, particularmente nas escolas, pode interferir sobre esses fatores de risco, melhorando a qualidade de vida atual e futura destes jovens. A divulgação dos riscos a saúde associados ao acúmulo de gordura abdominal juntamente com a simples mensagem: "mantenha a sua cintura a menos da metade da sua estatura" poderia ser utilizada como forma de triagem daqueles em maior risco, possibilitado intervenções precoces e minimizando os gastos com o sistema de saúde.

Agradecimentos

À CAPES pela concessão de bolsa ao programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo financiamento deste projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asayama, K. *et al*. 2000. Critical value for the index of body fat distribution based on waist and hip circumferences and stature in obese girls. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders,* 24, 1026-1031.

Ashwell, M., Hsieh, S. D. 2005. Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. *International Journal of Food Sciences and Nutrition,* 56, 303-307.

Barbosa, K. B. F. 2006. Consumo Alimentar e marcadores de risco para a síndrome metabólica em adolescentes do sexo feminino: Comparação entre instrumentos de inquérito dietético. [Dissertação]. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG.

Botero, D., Wolfsdorf, J. I. 2005. Diabetes mellitus in children and adolescents. *Archives of Medical Research*, 36, 281-290.

Bronhara, B., Vieira, V. C. R. 2007. Proporcionalidade corporal na avaliação antropométrica de

adolescentes pós-menarca. *Revista de Nutrição,* 20, 27-37.

Lohman, T. G., Roche, A. F., Martorell, R. (Eds). Anthropometric standardization reference manual. In: Callaway, C. W. *et al*. (1988). *Circumferences (*39-54). Champaign: Human Kinetics.

Centers for Disease Control and Prevention – National Centers for Health Statistics, CDC/NCHS (2000), Growth charts for the United States: Methods and development. Vital and Health Statistics, Series 11, Number 246, May 2002.

Despres, J. P., Lemieux, I. 2006. Abdominal obesity and metabolic syndrome. *Nature*, 444, 881-887.

Dietz, W. H. 1998. Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *Journal of Nutrition*, 128, 411-414.

Dietz, W. H., Robinson, T. N. 2005. Clinical practice. Overweight children and adolescents. *The New England Journal of Medicine*, 352, 2100-2109.

Esmaillzadeh, A., Mirmiran, P., Azizi, F. 2006. Clustering of metabolic abnormalities in adolescents with the hypertriglyceridemic waist phenotype. *American Journal of Clinical Nutrition,* 83, 36-46.

Goran, M. I., Gower, B. A. 1999. Relation between visceral fat and disease risk in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition,* 70, 149-156.

Haffner, S. M. 1998. Epidemiology of type 2 diabetes: risk factors. *Diabetes Care,* 21, 3-6.

Huang, K. C. *et al*. 2004. Plasma leptin is associated with insulin resistance independent of age, body mass index, fat mass, lipids, and pubertal development in nondiabetic adolescents. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28, 470-475.

Jellife, D. B. 1968. The assessment of the nutritional status of the community. (Série de Monografias, 53). Geneva.

Kelishadi, R. *et al.* 2008. Metabolically obese normal weight and phenotypically obese metabolically normal youths: the CASPIAN Study. *Journal of the American Dietetic Association,* 108, 82-90.

Keskin, M. *et al*. 2005. Homeostasis model assessment is more reliable than the fasting glucose/insulin ratio and quantitative insulin sensitivity check index for assessing insulin resistance among obese children and adolescents. *Pediatrics,* 115, 500-503.

Li, C. *et al*. 2006. Recent trends in waist circumference and waist-height ratio among US children and adolescents. *Pediatrics,* 118, 1390-1398.

Lorenzo, A. *et al*. 2006. Normal weight obese (NWO) women: an evaluation of a candidate new syndrome. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases,* 16, 513-523.

Matthews, D. R. *et al*. 1985. Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. *Diabetologia,* 28, 412-419.

McCarthy, H. D., Ellis, S. M., Cole, T. J. 2003. Central overweight and obesity in British youth aged 11-16 years: cross sectional surveys of waist circumference. *British Medical Journal,* 326, 624.

McCarthy, H. D., Ashwell, M. 2006. A study of central fatness using waist-to-height ratios in UK children and adolescents over two decades supports the simple message--'keep your waist circumference to less than half your height'. *International Journal of Obesity,* 30, 988-992.

Moreno, L. A. *et al*. 2005. Secular trends in waist circunference in Spanish adolescents, 1995 to 2000-02. *Archives of Diseases in Childhood*, 90, 818-819.

Ogden, C. L. *et al*. 2007. The epidemiology of obesity. *Gastroenterology,* 132, 2087-2102.

Oliveira, R. M. S. 2007. Condições de nascimento e estado nutricional na adolescência como fatores determinantes da situação nutricional de indivíduos adultos do sexo masculino em Viçosa - MG. [Dissertação]. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG.

Pereira, R. A., Sichieri, R., Marins, V. M. R. 1999. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 333-344.

Reilly, J. J. 2006. Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. *Postgraduate Medical Journal*, 82, 429-437.

Sandoval, D. A., Davis, S. N. 2003. Leptin: metabolic control and regulation. *Journal of Diabetes and its Complications*, 17, 108-113.

Savva, S. C. *et al*. 2000. Waist circumference and waist-to-height ratio are better predictors of cardiovascular disease risk factors in children than body mass index. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders,* 24, 1453-1458.

Sellers, E. A. C., Singh, G. R., Sayers, S. M. 2008. Large waist but low body mass index: The metabolic syndrome in Australian Aboriginal children. *Journal of Pediatrics*, 1-6.

Sinaiko, A. R. *et al*. 1999. Relation of weight and rate of increase in weight during childhood and adolescence to body size, blood pressure, fasting insulin, and lipids in young adults. The Minneapolis Children's Blood Pressure Study. *Circulation*, 99, 1471-1476.

Wang, J. 2006. Standardization of waist circumference reference data. *American Journal of Clinical Nutrition,* 83, 3-4.

WHO (World Health Organization). 1995. Physical Status: The Use and Interpretation of anthropometry. WHO: Geneva.

ESCOLHAS ALIMENTARES

Inês Rosendo[1], Rita Lopes[2] & Nádia Moreira[3]

Resumo

A obesidade é um problema de saúde pública e a sua prevenção uma prioridade. A alimentação saudável neste contexto é essencial e as escolhas alimentares são determinantes que devem fazer parte da educação para a saúde das populações.

Vários são os instrumentos que podem ser utilizados nesta educação alimentar e a nova roda dos alimentos deve ser um ponto de partida, compreendendo a sua adaptação ao dia-a-dia. A leitura dos rótulos dos alimentos é outro instrumento ao alcance de todos para melhor fazer escolhas, nomeadamente ao comprar comida. Saber fazer opções saudáveis quando se vai comer fora de casa e ao preparar merendas e lanches é um complemento útil a esta educação para a escolha informada e é importante desenvolver capacidade crítica em relação aos estímulos diários emanados pelo *marketing* alimentar.

Palavras-chave

Alimentação saudável; escolhas.

INTRODUÇÃO

A prevalência da obesidade, a nível mundial, é tão elevada que a OMS considerou esta doença como a epidemia global do século XXI e, se não se tomarem medidas drásticas para a prevenir e tratar, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025. Depois do tabagismo, a obesidade é considerada, hoje, a 2.ª causa de morte passível de prevenção, exigindo uma estratégia concertada, que inclua promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais activa.[i]

A nova Roda dos Alimentos é um instrumento que pode ser utilizado para transmitir orientações no sentido de uma Alimentação Saudável, a qual deve ser completa, equilibrada e variada. Assim, é importante adaptá-la ao dia-a-dia, para que ela possa ajudar nas escolhas alimentares.

O rótulo dos alimentos deve fornecer as informações que permitam ao consumidor ter o melhor conhecimento do produto. A leitura das menções aí contidas é indispensável para uma escolha adequada dos alimentos.[ii]

A escolha dos alimentos a consumir num restaurante[iii] e para preparar uma merenda/lanche é também parte integrante de uma alimentação saudável.[v,vi] É sobretudo importante saber fazer escolhas informadas e reflectidas, sabendo filtrar criticamente as mensagens veiculadas pelo *marketing* alimentar.

OBJECTIVOS:

- Compreender a importância da prevenção da obesidade e o contributo da alimentação saudável;
- Saber as bases de uma alimentação saudável, segundo a nova roda dos alimentos e adaptá-la às escolhas do dia-a-dia;
- Saber ler rótulos e fazer escolhas saudáveis no supermercado;

1. Centro de Saúde de Eiras – Coimbra. **inesrcs@gmail.com**
2. USF Tornada – Caldas da Rainha. **marinela_nuvem@yahoo.com.br**
3. Centro de Saúde Norton de Matos – Coimbra. **nadia.moreira5@gmail.com**

- Fazer escolha de refeições saudáveis em restaurantes;
- Preparar lanches e merendas saudáveis e sugestões de substituições de alimentos por outros mais saudáveis, relativizando a informação veiculada pelo *marketing* alimentar.

MÉTODOS:

- Exposições introdutórias/complementações teóricas em *PowerPoint*® sobre cada um dos objectivos
- Dinâmica de apresentação e partilha de conceitos sobre obesidade e prevenção
- Dinâmica de leitura de rótulos com produtos reais
- Dinâmica com simulação de escolha de refeição em restaurante
- Dinâmica de preparação de merendas e de sugestões de substituição de alimentos
- Exemplos de jogos a fazer em escolas e instituições com conteúdos para despertar o sentido crítico em crianças, jovens e adultos e desmistificar alguns conceitos.

Duração de *workshop*: 4 horas

Número de participantes: 15

Possibilidade de uma repetição, no máximo, durante o congresso.

CONTEÚDOS TEÓRICOS:

A epidemia da obesidade é reversível, sendo para isso necessárias medidas abrangentes, quanto à promoção de estilos de vida saudáveis, nas quais se inclui uma alimentação saudável.

É essencial promover uma alimentação completa, equilibrada e variada, adaptando a roda dos alimentos à nossa alimentação diária (fig 1).

Fig 1 – Nova roda dos alimentos (Direcção Geral de Saúde)

Consumir alimentos ricos em fibra como os cereais, como parte integrante de uma alimentação saudável, reduz o risco de sofrer de doenças coronárias e obstipação. Deve-se preferir os cereais integrais, pois sofrem menor processamento e por isso têm mais fibras, mais vitaminas e mais minerais.

Uma dieta rica em hortícolas e fruta como parte integrante de uma alimentação saudável pode reduzir o risco de sofrer de acidentes vasculares cerebrais, doenças coronárias e outras doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e certos tipos de cancro. Deve-se iniciar sempre as refeições consumindo sopa, rica em hortaliças e legumes, e procurar ingerir sempre salada e outros hortícolas numa refeição (se se comer sanduíches deve-se acrescentar alguma salada), variando sempre ao máximo. É sempre preferível a fruta fresca, que deve ser muito bem lavada antes de ser consumida, mesmo aquela que vai ser posteriormente descascada. Deve-se preferir fruta inteira a sumos (e estes devem ser bebidos logo após a sua preparação), pela importância da fibra que a fruta inteira fornece.

Uma dieta rica em leite e os seus produtos derivados ajuda a manter a massa óssea toda a vida, ajudando a risco a osteoporose. Dietas que incluem lacticínios tendem a ter uma maior qualidade nutricional total. Prefira leite meio-gordo ou magro e queijo magro.

As leguminosas são também importantes, devendo-se combinar grande variedade de leguminosas entre si e outros fornecedores proteicos.

Os lípidos/gorduras são tão indispensáveis numa alimentação correcta como os restantes nutrientes. No entanto, devem ser usados com grande moderação, em especial os saturados. Fornecem os ácidos gordos essenciais que não podem ser sintetizados pelo nosso organismo e são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes e para a manutenção do estado de saúde físico e mental dos adultos. Deve preferir-se a gordura polinsaturada ou monoinsaturada e evitar a gordura saturada (quadro I).

Quadro I . Tipos de gorduras e escolhas a fazer

Preferir		Evitar
Gordura Monoinsaturada	Gordura Polinsaturada	Gordura Saturada
Azeite	Óleos vegetais	Manteiga
Óleo de amendoim	Frutos oleaginosos	Queijos gordos
Frutos oleaginosos (ex: amêndoas, nozes, amendoim, avelã, etc)	Cereais integrais	Produtos de charcutaria gordos (salchichas, alheiras, chouriço, etc)
Abacate	Sementes	Banha de porco
	Gordura de peixe	Óleo de palma
	Óleo de fígado de peixe	Óleo de coco
	Hortícolas de cor verde escura	Gordura da carne de vaca
		Margarinas (sobretudo as duras)

Em Portugal, a informação nutricional, apesar de não ser sempre obrigatória, já se encontra nos rótulos de um grande número de produtos alimentares e permite que de uma forma fácil e rápida se avalie e compare alimentos entre si, e deste modo se façam escolhas adequadas.

Deve-se ler cuidadosamente a lista de ingredientes de modo a moderar o consumo de produtos alimentares cujos primeiros ingredientes sejam gorduras, óleos, sal, açúcares

(sacarose, maltose, lactose, glucose, frutose, dextrose, xarope de açúcar, açúcar invertido), mel ou melaço. Deve-se ter atenção aos aditivos e procurar escolher os alimentos que tenham menor quantidade daqueles (quadro II).

Deve-se verificar o prazo de validade e o estado das embalagens, não adquirindo embalagens danificadas ou produtos congelados com cristais de gelo no interior da embalagem ou se esta se encontrar húmida.

Ao ler a informação nutricional do rótulo, deve-se escolher produtos alimentares com baixo teor em lípidos sobretudo em saturados e colesterol e que sejam ricos em amido e pobres em açúcares. Deve-se diminuir a ingestão de produtos ricos em sódio e ainda optar por produtos alimentares cujo conteúdo seja equilibrado em fibras.

Alguns produtos alimentares apresentam nos seus rótulos declarações nutricionais de que são exemplo as expressões "rico em fibras", "pobre em sódio", "baixo em calorias", entre outras. Ainda nos rótulos, é possível encontrar mensagens que afirmam, sugerem ou implicam a relação existente entre um nutrimento ou qualquer outra substância presente no alimento e o risco de doença ou outra condição de saúde. No nosso país, ainda não existe regulamentação para as declarações nutricionais ou as alegações de saúde, apesar de já existirem esforços nesse sentido.

Quadro II. Exemplos de aditivos alimentares[4]

Aditivos Alimentares Alguns exemplos		
Família	**Função**	**Código**
Corantes	Corar os alimentos	E 100 - E 180
Conservantes	Prolongar a durabilidade dos alimentos	E 200 - E 252 E 280 - E 285
Antioxidantes	Proteger da deterioração provocada pelo oxigénio do ar	E 300 - E 321
Emulsionantes	Ligar os líquidos não miscíveis como a água e o óleo	E 400 - E 495 E 322
Gelificantes	Dar textura através da formação de um gel	
Espessantes	Aumentar a viscosidade dos géneros alimentícios para, por exemplo, dar uma consistência aveludada	
Estabilizadores	Evitar a separação ou o depósito das substâncias	
Intensificadores de sabor	Reforçar um gosto existente	E 620 - E 640
Acidificantes	Aumentar a acidez, seja para modificar o gosto, seja para melhorar a conservação	E 260 - E 297
Reguladores de acidez	Regular a acidez dos alimentos	E 322 - E 385
Antiaglomerantes	Evitar que os alimentos formem grumos	E 500 - E 585
Edulcorantes	Dar um gosto açucarado, mas de baixo valor energético	E 420 - E 421 E 950 - E 967
Agentes de revestimento	Dar um aspecto brilhante ou formar uma película protectora	E 901 - E 904 E 912 - E 914

Num contexto de refeição em restaurante, especialmente se esta é frequente e faz parte do dia-a-dia, a escolha é também essencial. É importante ler atentamente a ementa e perguntar os ingredientes e modo de confecção dos alimentos nele incluídos. Deve-se evitar os fritos e os molhos e tentar que os pratos incluam salada ou legumes e, de

preferência, iniciar a refeição com sopa ou salada. Mesmo que não estejam no menu, geralmente são possíveis adaptações se forem pedidas, tornando os pratos mais saudáveis. Sempre que possível, deve-se escolher fruta para sobremesa. As bebidas são importantes e a água deve ser sempre preferida, preferindo em alternativa sumos naturais ou chá (sem açúcar). As quantidades são também essenciais, havendo a tendência de servir grandes quantidades, pode-se pedir menor quantidade e não ter problema em deixar comida no prato.

Em restaurante de *hamburgers*, deve-se pedir batatas fritas pequenas ou um pacote para duas pessoas (o ideal até seria substituí-las por salada), preferindo *hamburgers* de galinha e grelhados, sem molho (adicionando orégãos, ou eventualmente pedindo o molho à parte, para não comer tanto) e que incluam salada. Em restaurante de *pizza*, pedir salada para iniciar ou acompanhar, escolher para pôr na *pizza* ingredientes vegetais, frango ou peixe e pedir que não seja adicionado queijo. Em restaurante de comida chinesa, preferir galinha/frango e pratos com vegetais (*chow mein*), evitando os fritos e demasiado molho de soja (que geralmente tem muito sal).[v]

Por vezes, terá de se levar a comida para comer no local de trabalho/estudo ou numa actividade. Além disso, é essencial fraccionar a alimentação ao longo do dia e, por isso, serão necessários pelo menos 2 lanches ou merendas e levá-los de casa é uma forma económica de os fazer. Para refeições como o almoço e o jantar, é importante ter sempre alimentos do grupo dos vegetais e outro do grupo das frutas e ter sempre um componente do grupo dos cereais (pão, massa, batata ou arroz). No caso de lanches, é essencial ter sempre um alimento deste último grupo, sendo interessante acrescentar depois uma fruta e/ou um lacticínio.

CONCLUSÕES

A promoção da alimentação saudável é parte integrante e eficaz na prevenção da obesidade. Fazer escolhas alimentares acertadas é essencial neste contexto e a educação para a saúde determinante nestas escolhas. Tanto a nível da leitura de rótulos e modo de fazer compras, até à escolha em restaurantes e para fazer merendas e lanches, estas escolhas estão sempre presentes na vida das populações. É prioritário educar desde cedo para a consciência crítica, combatendo o nem sempre correcto *marketing* alimentar, e todas as gerações devem receber informação e ver as suas dúvidas esclarecidas, para poderem fazer escolhas conscientes.

BIBLIOGRAFIA

[i] Direcção Geral de Saúde. (2006). Programa Nacional de Combate à obesidade. *Circular normativa n.º 03/DGCG de 17/03/06.*

[ii] Instituto do consumidor/Faculdade de Ciências da nutrição e alimentação da Universidade do Porto. (2002). Guia para uma escolha alimentar saudável – a leitura do rótulo. 2.ª edição.

[iii] US Food and Drug Administration – Center for food safety and applied nutrition. (2000). 4 ways to make safer food selections – Your guide to safer eating out and taking out.

[iv] Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas – Direcção Geral da Fiscalização e Controlo da Qualidade Alimentar. (2002). A rotulagem é fácil de perceber? Como descodificar um rótulo.

[v] British Dietetic Association. (2006). Fact sheet four – eat out. *Wheight wise – the next generation program.*

[vi] British Dietetic Association. (2006). Fact sheet three – packed lunches. *Wheight wise – the next generation program.*

HÁBITOS ALIMENTARES E EXERCÍCIO FÍSICO NUMA POPULAÇÃO DE CRIANÇAS DE BRAGA EM IDADE ESCOLAR

Cristina Silva[1] & Maria Raquel Silva[2]

Resumo

A identificação de factores de risco associados à obesidade infantil, é o ponto fulcral para a resolução desta patologia. No âmbito desta abordagem foi realizado o presente estudo, em que os objectivos principais foram: descrever a prevalência de excesso de peso e obesidade das crianças, testar como variava o índice de massa corporal (IMC) das crianças em relação ao valor energético total (VET) consumido (medido em kilocalorias) e saber como variava o IMC das crianças em relação à prática de actividade física. Para isso foram realizadas entrevistas às crianças que consistiam na recolha de informação sobre hábitos alimentares e sobre os níveis de actividade física e foram colhidos dados antropométricos (peso e estatura). Após toda a investigação, constatou-se, que a prevalência de obesidade foi muito elevada nos elementos da amostra em estudo. Comprovou-se que as crianças classificadas com excesso de peso e obesidade, ingeriam um valor de VET (Kcal) superior às crianças classificadas com baixo peso e normoponderalidade e verificou-se também que a maior percentagem de crianças que não praticava actividade física correspondeu ao grupo classificado com excesso de peso e obesidade.

Palavras-chave

Obesidade infantil; hábitos alimentares; actividade física.

INTRODUÇÃO

A obesidade infantil surge actualmente como um grave problema de Saúde Pública, sendo considerada a patologia do foro nutricional mais frequente nos dias de hoje, que está a tomar proporções de uma epidemia. Hábitos alimentares incorrectos aliados a elevados níveis de sedentarismo, são os factores mais determinantes para levar ao seu aparecimento.

A educação alimentar e os hábitos desportivos, revestem-se de extrema importância, devendo ser implementados desde idades muito precoces, visando uma aprendizagem contínua ao longo da vida e exigindo o envolvimento de todo o agregado familiar e da escola. Sendo este tema, um assunto actual e de grande importância para a sociedade geral, considerou-se pertinente o seu estudo, num grupo de crianças matriculadas no ATL da ACRC de Braga, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos. Desta forma, com o estudo pretendeu-se descrever a prevalência de excesso de peso e obesidade na amostra, testar como variava o índice de massa corporal (IMC) das crianças em relação ao valor energético total (VET-Kcal) e testar como variava o IMC das crianças em relação à prática de actividade física. Os objectivos do estudo foram descrever a prevalência de excesso de peso e obesidade das crianças, descrever como variava o IMC das crianças em função do VET (Kcal) consumido e avaliar como variava o IMC das crianças em função da prática de actividade física. A alimentação saudável nestas idades tem como principais objectivos: possibilitar desenvolvimento máximo consentido pelas características genéticas (ao nível cerebral, ósseo, estatural, etc.); incrementar capacidade de resposta imune para diminuir a

1. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. **crisilva99@hotmail.com**
2. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. **raquel@ufp.edu.pt**

susceptibilidade de doenças infecciosas e outras; beneficiar a capacidade mental e educar para uma alimentação saudável ao longo da vida, (Peres, 1994).

A AF não pode faltar porque: ajuda a criança a formar a sua estrutura óssea e muscular e faz ganhar agilidade e reflexos; satisfaz as suas enormes necessidades de brincadeira, promove uma boa condição física, estabiliza e protege as articulações e proporciona uma boa postura do corpo. Se a criança se divertir com a actividade física, é mais provável que este hábito perdure para além da infância, (Odriozola, 2003). Por outro lado, a obesidade reporta-se a um estado de massa adiposa em excesso, deletéria para a boa saúde e bem-estar. É fácil as crianças ganharem excesso de massa adiposa, de acordo com o alimento e lazer disponíveis na sociedade, pois existe um desequilíbrio entre a ingestão de energia e o gasto energético, (Sunyer, 2003). É um distúrbio crónico, cuja prevalência tem vindo a aumentar, (Bray, 2002). E que pode ser influenciada por factores genéticos, factores metabólicos, comportamentos alimentares, factores psicológicos e baixa actividade de exercício físico, (Barbosa, 2004).

Em Portugal a prevalência da obesidade nas crianças e adolescentes é actualmente maior do que a registada há cerca de 20 anos atrás. Em cerca de 4500 crianças, 33,7% das raparigas e 29,5% dos rapazes têm excesso de peso ou obesidade, valor que é dos mais altos da Europa, (Moreira, 2006).

É fundamental a incorporação de orientações de alimentação correctas e implantação de actividade física, (Longo e Navarro, 2002). A família, a escola e a comunidade, tem um papel importantíssimo na prevenção desta patologia.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo – correlacional, no qual as variáveis atributo foram o sexo e a idade das crianças, a variável dependente foi o IMC das crianças e as variáveis independentes, o VET e a actividade física. Calculou-se o IMC de cada criança através da fórmula:

$$\text{IMC (Kg/m2)} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m2)}}$$

Para obter informação sobre os hábitos alimentares utilizou-se um formulário para registar comportamentos alimentares, alimentos preferidos e preteridos das crianças. Elaborou-se também um inquérito de ingestão alimentar às 24H precedentes para obter conhecimento de tudo que as crianças tinham ingerido no dia anterior, tendo sido este efectuado 3 vezes a cada criança. Utilizou-se o programa Microdiet Plus versão 1.1 para calcular o valor de VET consumido por cada criança, em cada um dos dias que correspondeu o inquérito. O Cálculo da média diária do VET (Kcal) foi calculado através da fórmula (Marques, 2002):

$$\frac{(5*\text{média valores dos dias da semana}) + (2*\text{valor do dia de fim-de-semana})}{7}$$

Para obter informação sobre os hábitos de actividade física, agrupou-se as crianças em apenas duas categorias: categoria 1 – Baixo peso e Normoponderalidade e categoria 2 – Excesso de peso e Obesidade. Verificou-se as crianças que praticavam e as que não praticavam actividade física.

O estudo decorreu na Instituição de Actividades de Tempos Livres (ATL), inserida na Associação Cultural e Recreativa de Cabreiros (ACRC), situada no distrito de Braga.

A população foi constituída pelas 66 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, que frequentavam o ATL da ACRC – Braga. Não houve processo de amostragem assim como não foi seleccionado um subconjunto da população, pois pretendia-se estudar todos os elementos, deste modo à população e amostra corresponderam as mesmas crianças.

Os instrumentos utilizados foram o formulário, o inquérito de ingestão alimentar às 24H precedentes, uma balança (SOEHNLE), uma fita métrica e um esquadro. Os métodos foram a entrevista e a observação.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa SPSS (Statistical Programme for Social Sciences), versão 12. Recorreu-se à estatística descritiva e inferencial.

RESULTADOS

Das 66 crianças propostas a estudo, foram avaliadas 55 (83,3%). Das que não foram avaliadas, 1 (1,5%) faltou porque foi submetida a uma intervenção cirúrgica e 10 (15,1%) não participaram no estudo porque os pais não autorizaram. Nenhuma criança recusou ser avaliada (Quadro 1).

Quadro 1. Dados relativos à caracterização da população e da amostra das crianças do ATL da ACRC de Braga, propostas a estudo e estudadas.

	n	%
Crianças matriculadas	66	100,0
Crianças avaliadas	55	83,3
Faltas	1	1,5
Pais que não autorizaram	10	15,1
Crianças que não quiseram ser avaliadas	0	0,0

Dos alunos avaliados neste estudo, 27 (49,1%) eram do sexo masculino e 28 (50,9%) do sexo feminino. A idade média (± desvio padrão) para o sexo masculino foi de 9,1 (±1,7) anos e para o sexo feminino foi 8,3 (±1,7) anos, (Quadro 2).

Quadro 2. Dados relativos à distribuição dos alunos por idade e sexo.

Sexo	n	%		Idade (Anos)
Masculino	27	49,1	Média Desvio Padrão Mínimo Máximo	9,1 1,7 6 12
Feminino	28	50,9	Média Desvio Padrão Mínimo Máximo	8,3 1,7 6 11

Relativamente à escolaridade, a amostra encontrava-se distribuída pelo 1.º, 2.º e 3.º Ciclo. Assim 39 (71%) crianças frequentavam o 1.ºCiclo, 15 (27%) frequentavam o 2.º Ciclo e 1 (2%) frequentava o 3.º Ciclo. O maior número de alunos, verificou-se no 3.º Ano, com 14 (25,5%) crianças, seguindo-se o 5.º Ano com 11 (20,0%) e o 2.º Ano com 9 (16,4%) crianças. A moda situou-se no 3.º ano, (Quadro 3).

Quadro 3. Dados relativos à escolaridade das crianças.

	n	%			n	%
1.º Ciclo	39	71		1.º Ano	8	14,5
				2.º Ano	9	16,4
				3.º Ano	14	25,5
				4.º Ano	8	14,5
2.º Ciclo	15	27		5.ºAno	11	20,0
				6.º Ano	4	7,3
3.º Ciclo	1	2		7.º Ano	1	1,8
Total	55	100,0%		Total	55	100,0

Quanto à escolaridade dos progenitores, verificou-se que 42 (76,4%) pais e 38 (69,1%) mães, possuíam o Ensino Básico, 10 (18,1%) pais e 13 (23,6%) mães possuíam o Ensino Secundário e 3 (5,5%) pais e 4 (7,3%) mães possuíam o Ensino Superior (Quadro 4).

Quadro 4. Dados relativos à escolaridade dos progenitores das crianças.

		E. Básico	E. Secundário	E. Superior	Total
Pai	n	42	10	3	55
	%	76,4%	18,1%	5,5%	100,0%
Mãe	n	38	13	4	55
	%	69,1%	23,6%	7,3%	100,0%

O valor de IMC médio para o sexo masculino foi de 19,8 kg/m2 (±3,1 kg/m2), verificando-se um mínimo de 15,1 kg/m2 e um máximo de 26,6 kg/m2, para o sexo feminino o valor de IMC médio foi de 18,7 kg/m2 (±3,5 kg/m2), sendo observado um mínimo de 12,6 kg/m2 e um máximo de 28,0 kg/m2 (Quadro 5).

Quadro 5. Dados relativos aos resultados médios dos parâmetros antropométricos avaliados nas crianças.

Sexo		Peso (kg)	Estatura (m)	IMC (kg/m2)
Masculino (n=27)	Média Desvio Padrão Mínimo Máximo	38,7 9,9 23,4 57,5	1,3 0,1 1,1 1,7	19,8 3,1 15,1 26,6
Feminino (n=28)	Média Desvio Padrão Mínimo Máximo	34,0 7,1 23,3 54,6	1,3 0,1 1,2 1,6	18,7 3,5 12,6 28,0

Recorrendo aos valores dos percentis de IMC, definidos pelo CDC (2000), observou-se que 2 (3,6%) crianças da amostra estudada apresentaram Baixo peso, 23 (41,8%) apresentaram Normoponderalidade, 9 (16,4%) apresentaram Excesso de peso e 21 (38,2%) apresentaram Obesidade. Existiram diferenças quanto à prevalência do excesso de peso e de obesidade entre os dois sexos. Quanto à prevalência de Excesso de peso e Obesidade no Sexo masculino (16-29,1%), esta foi ligeiramente superior à do Sexo feminino (14-25,5%). O Sexo feminino apresentou uma maior percentagem de crianças com Normoponderalidade (12-21,8%) do que o Sexo masculino (11-20,0%), (Quadro

6).

Quadro 6. Dados relativos à distribuição dos alunos por percentil de IMC.

Sexo	Indicador Nutricional (CDC, 2000)	Valor do Percentil (CDC, 2000)	n	%
Masculino (n=27)	Baixo peso Normoponderalidade Excesso de peso Obesidade	<5 ≥ 5 e <85 ≥ 85 e < 95 ≥95	0 11 5 11	0 20,0 9,1 20,0
Feminino (n=28)	Baixo peso Normoponderalidade Excesso de peso Obesidade	<5 ≥ 5 e <85 ≥ 85 e < 95 ≥95	2 12 4 10	3,6 21,8 7,3 18,2
Total (n=55)	Baixo peso Normoponderalidade Excesso de peso Obesidade	<5 ≥ 5 e <85 ≥ 85 e < 95 ≥95	2 23 9 21	3,6 41,8 16,4 38,2

Quanto à prática de actividade física, 21 (38,2%) das crianças afirmaram praticar e 34 (61,8%) não praticavam qualquer tipo de actividade física (Quadro 7). Constatou-se que o número de alunos que não praticava actividade física foi maior dentro do grupo que apresentou Excesso de peso e Obesidade (das 34 (100%) crianças que não praticavam, 26 (76,4%) apresentaram excesso de peso e obesidade e 8 (23,6%) apresentaram baixo peso ou normoponderalidade). (Quadro 7).

Quadro 7. Dados relativos à distribuição dos alunos na relação entre a prática de actividade física e o Percentil de IMC.

		Actividade Física	
		Pratica	Não Pratica
Baixo Peso e Normoponderalidade	n	17	8
Excesso de Peso e Obesidade	n	4	26
Total	n	21	34
	%	38,2%	61,8%

A actividade física mais praticada pelos alunos, foi a Educação Física leccionada na escola (16-76,1%), (Quadro 8). Dos alunos que praticavam actividade física, 18 (85,7%) faziam-no 2 vezes por semana e 3 (14,3%) 1 vez por semana.

Quadro 8. Dados relativos às actividades físicas praticadas pelos alunos.

Actividade Física	n	%
Educação Física Escolar	16	76,1
Natação	2	9,5
MotoCross	1	4,7
Dança	1	4,7
Futebol	1	4,7
Total	21	100,0

Verificou-se que a actividade mais praticada semanalmente pelas crianças foi Ver televisão, na qual todas responderam assistir Todos os dias. A média de horas ocupadas por este passatempo foi de 2h 40m (± 1h 20m) obtendo-se um máximo de 4horas. Relativamente à actividade Jogar computador, 15 (27,2%) crianças realizavam-na Todos os dias. A actividade Ler ou estudar era realizada Muitas vezes para 21 (38,2%) crianças. Quanto aos Trabalhos domésticos, 23 (41,8%) referiram ajudar Poucas vezes e 21 (38,2%) responderam Nunca praticar. Quanto aos Jogos, 26 (47,3%) das crianças referiram Nunca jogar e 26 (47,3%) responderam jogar Poucas vezes, (Quadro 9).

Quadro 9. Dados relativos a actividades realizadas semanalmente pelas crianças.

		Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Todos os dias
Ver televisão	n	0	0	0	0	55
	%	0%	0%	0%	0%	100,0%
Jogar computador	n	7	14	8	11	15
	%	12,7%	25,4%	14,5%	20,0%	27,2%
Ler ou estudar	n	1	17	15	21	1
	%	1,8%	30,9%	27,3%	38,2%	1,8%
Trabalhos domésticos	n	21	23	3	1	7
	%	38,2%	41,8%	5,5%	1,8%	12,7%
Jogos (bicicleta, bola...)	n	26	26	3	0	0
	%	47,3%	47,3%	5,5%	0,0%	0,0%

Quando se perguntou aos alunos qual o programa que preferiam, 24 (43,6%) optaram pela actividade ver televisão e os restantes 31 (56,4%) escolheram praticar um desporto, (Quadro 10).

Quadro 10. Dados relativos da preferência dos alunos em ver televisão ou praticar um desporto.

	n	%
Ver televisão	24	43,6
Praticar um desporto	31	56,4
Total	55	100,0

O Pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar era efectuado por todas as crianças (55-100%). Relativamente à ceia 33 (60%) crianças faziam-na diariamente e 22 (40%) nunca a realizavam. O pequeno-almoço e Jantar eram realizados em casa pelas 55 (100%) crianças; o lanche da manhã era realizado na escola pelas 55 (100%) crianças; o almoço era realizado no ATL por 47 (85,4%) crianças e na cantina escolar por 8 (14,6%); o lanche da tarde era realizado no ATL por 51 (92,7%) crianças e em casa por 4 (7,3%); a ceia era realizada em casa pelas 33 crianças que faziam esta refeição. Ementa de almoços do ATL: Sopa; carne, peixe ou ovos; massa, arrôz ou batatas; legumes; fruta e água. Lanches do ATL: 1 pão com manteiga, fiambre ou queijo e 1 copo de leite. Mais de metade da amostra, ou seja, 30 (54,5%) das crianças referiram ingerir Guloseimas Muitas vezes na semana. Relativamente a Bolos, 22 (40%) referiram consumir Todos os dias e 18 (32,7%9) Muitas vezes na semana. Os refrigerantes também eram consumidos Todos os dias por 28 (50,9%) crianças. Quanto aos *Snacks*, 37 (67,3%) crianças referiram consumir Algumas vezes e 13 (23,6%) Muitas vezes na semana. A opção Nunca, não obteve nenhuma resposta para os primeiros quatro grupos de alimentos enquanto que o grupo das Saladas ou legumes passou-se o contrário, 45 (81,8%) das

crianças referiram Nunca consumir e a opção Muitas vezes e Todos os dias não obtiveram nenhuma resposta. Relativamente ao consumo semanal de Fruta, 14 (25,5%) crianças referiram Nunca consumir, 7 (12,7%) consumiam Poucas vezes, 15 (27,3%) Algumas vezes, 10 (18,2%) Muitas vezes e 9 (16,3%) Muitas vezes, (Quadro 11).

Quadro 11. Dados relativos à frequência semanal, da ingestão de determinados alimentos pelos alunos.

		Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Todos os dias
Guloseimas	n	0	6	19	30	0
	%	0,0%	10,9%	34,5%	54,5%	0,0%
Bolos	n	0	7	8	18	22
	%	0,0%	12,7%	14,5%	32,7%	40,0%
Refrigerantes	n	0	4	16	7	28
	%	0,0%	7,3%	29,1%	12,7%	50,9%
Snacks	n	0	5	37	13	0
	%	0,0%	9,1%	67,3%	23,6%	0,0%
Saladas ou legumes	n	45	7	3	0	0
	%	81,8%	12,7%	5,5%	0,0%	0,0%
Fruta	n	14	7	15	10	9
	%	25,5%	12,7%	27,3%	18,2%	16,3%

Foi pedido às crianças para indicarem qual o alimento que mais gostavam e qual o alimento que menos gostavam. Os resultados mostraram, que como Alimento preferido dominaram a *pizza* (19-34,5%), as batatas fritas (9-16,4%) e os sumos (8-14,5%), (Quadro 12). Relativamente ao Alimento preterido, dominaram o peixe (25-45,4%), a sopa (7-12,7%) e o feijão (5-9,1%), (Quadro 13).

Quadro 12. Dados relativos aos alimentos preferidos.

Alimento preferido	n	%
Pizza	19	34,5
Batata frita	9	16,4
Sumos	8	14,5
Chocolate	7	12,7
Carne	5	9,1
Coca-Cola	3	5,5
Massa	2	3,6
Bolos	1	1,8
Banana	1	1,8
Total	55	100,0

Quadro 13. Dados relativos aos alimentos preteridos.

Alimento preterido	n	%
Peixe	25	45,4
Sopa	7	12,7
Feijão	5	9,1
Bacalhau	5	9,1
Alface	4	7,3
Legumes	4	7,3
Chouriço	2	3,6
Banana	2	3,6
Tomate	1	1,8
Total	55	100,0

Quando se perguntou, se efectuavam uma alimentação saudável, 46 (83,7%) responderam Sim e 2 (3,6%) responderam Não. Os restantes 7 (12,7%) alunos, responderam Ás vezes, (Quadro 14).

Quadro 14. Dados relativos às respostas da questão: "A tua alimentação é saudável?".

	n	%
Não	2	3,6
Sim	46	83,7
Ás vezes	7	12,7
Total	55	100,0

A ingestão energética total foi ligeiramente inferior nas raparigas, sendo a média diária igual a 1917,9 Kcal e nos rapazes 2112,3 Kcal, (Quadro 15).

Quadro 15. Dados relativos à estimativa média da ingestão diária em VET.

Sexo		VET (Kcal)
Masculino (n=27)	Média Desvio Padrão Mínimo Máximo	2112,3 783,6 1121,3 2800,3
Feminino (n=28)	Média Desvio Padrão Mínimo Máximo	1917,9 781,4 984,9 2878,4

Os resultados mostraram que o VET aumentou no mesmo sentido que os percentis de IMC, ou seja, o grupo de menor ingestão calórica correspondeu ao grupo Baixo peso (988,7 Kcal), de seguida um VET mais elevado que o anterior, correspondeu ao grupo da Normoponderalidade (1190,3 Kcal), com um VET ainda mais elevado seguiu-se o grupo do Excesso de peso (2673,8 Kcal) e por último o grupo da Obesidade (2729,1 Kcal) com o VET mais elevado de todos, (Quadro 16).

Quadro 16. Dados relativos à distribuição dos alunos na relação entre a ingestão diária em VET e o Percentil de IMC.

		Ingestão diária em VET			
	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Baixo peso	2	988,7	5,4	984,9	992,6
Normoponderalidade	23	1190,3	80,7	1121,3	1456,3
Excesso de peso	9	2673,8	92,0	2578,4	2800,3
Obesidade	21	2729,1	141,1	2374,2	2878,4

Constatou-se que 3 (5,4%) crianças consideravam-se Magras, 48 (87,2%) Normais e 4 (7,2%) consideravam-se Gordas. Quando se cruzou estes dados com os percentis de IMC, verificou-se que das 21 crianças pertencentes ao grupo da Obesidade apenas 2 se consideraram Gordas, e as restantes 19 consideraram-se Normais. No grupo do Excesso de peso, apenas 1 se considerou Gorda e as restantes 8 consideraram-se Normais. No grupo da Normoponderalidade 1 criança considerou-se Gorda e 2 consideraram-se Magras, (Quadro 17).

Quadro 17. Dados relativos à questão: "Consideras-te Magro, Normal ou Gordo?".

	Magro	Normal	Gordo	Total
Baixo Peso	1	1	0	2
Normoponderalidade	2	20	1	23
Excesso de Peso	0	8	1	9
Obesidade	0	19	2	21
Total	3	48	4	55
	5,4%	87,2%	7,2%	100,0%

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra foi constituída por 55 crianças, 27 (49,1%) do sexo masculino e 28 (50,9%) do sexo feminino. As idades estavam compreendidas entre os 6 e os 12 anos, sendo a média de 9,1 (±1,7) anos no sexo masculino e 8,3 (±1,7) anos no sexo feminino. Relativamente à escolaridade, 39 (71%) crianças frequentavam o 1.ºciclo, 15 (27%9 frequentavam o 2.º ciclo e 1 (2%) frequentava o 3.º ciclo. Analisou-se o nível de escolaridade dos progenitores e verificou-se que 42 (76,4%) pais e 38 (69,1%) mães, possuíam o Ensino Básico, 10 (18,1%) pais e 13 (23,6%) mães possuíam o Ensino Secundário e 3 pais (5,5%) e 4 mães (7,3%) possuíam o Ensino Superior. Relativamente a este facto, Soler e Pérez (1991), num estudo realizado em Michigan, comprovou que as mulheres, que tinham menos do que o 8.º Ano de escolaridade, apresentavam em média, 20% (5,5Kg) mais de massa corporal do que as que possuíam uma educação de nível Secundário. Sérgio *et al*. (2004), refere também que os portugueses mais escolarizados apresentam cerca de metade da prevalência de obesidade, quando comparados com os de baixa escolaridade.

Constatou-se que a prevalência da obesidade foi muito elevada, 21 (38,2%) das crianças foram classificadas com Obesidade e 9 (16,4%) foram classificadas com Excesso de peso. Das restantes crianças que fizeram parte da amostra, 23 (41,8%) foram classificadas com Normoponderalidade e 2 (3,6%) apresentaram Baixo peso. Estes resultados vão de emcontro ao que diz Carvalho (2005, p.52), " (…) estatísticas dizem que, a nível nacional, 31,5% das crianças entre os 6 e os 12 anos são obesas ou sofrem de excesso de peso".

Neste estudo, verificou-se que 21 (38,2%) das crianças praticavam actividade física e 34 (61,8%) não praticavam. Além disso constatou-se que o número de alunos que não praticava actividade física era maior dentro do grupo que apresentava excesso de peso e obesidade e o número de alunos que praticava actividade física era maior dentro do grupo que apresentava baixo peso e normoponderalidade. Relativamente a esta temática, Barbosa (2004, p.14) explica que «A vida sedentária é hoje reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como inimigo público número um no que diz respeito à saúde populacional». O sedentarismo está relacionado com o aparecimento da obesidade, daí o interesse em estudar a actividade física das crianças, (Montoye *et al.*, 1996). Neste estudo, comprovou-se como era esperado, que aqueles que praticavam actividade física tenderam a apresentar valores de IMC mais próximos da normalidade enquanto que aqueles que não praticavam nenhuma actividade física tenderam apresentar excesso de peso e obesidade. Estes resultados confirmam o que argumenta Costa et al. (2002): "A actividade física tem importância na regulação fisiológica do peso corporal, influenciando no gasto energético total, no controlo dos depósitos de tecido adiposo e no consumo de alimentos".

As actividades referenciadas, por quem praticava, foram a educação física escolar, para 16 (76,1%) crianças, a natação para 2 (9,5%) e ainda o MotoCross, a dança e o futebol, para 1 (4,7%) criança, cada um respectivamente. Pode-se constatar que 39 (70,9%) crianças da amostra não possuíam a disciplina de Educação Física no seu estabelecimento de ensino. Relativamente a esta temática, MacKenzie, (2000) refere que nos EUA, as aulas de educação física têm vindo a diminuir drasticamente, dispondo de aulas diárias menos de 36% das escolas primárias.

Verificou-se que as crianças assistiam televisão todos os dias, e a média de horas ocupadas por este passatempo foi de 2h 40m (±1h 02m) por dia, obtendo-se um máximo de 4h. Este valor está acima dos 1-2h de televisão diárias recomendadas pela American Academy of Pediatrics (Strauss, 2002). Dietz (2003, p.1147) argumenta também sobre este facto: "A principal actividade sedentária nos Estados Unidos é assistir televisão. As estimativas actuais afirmam que mais de um terço das crianças no país assistem mais de cinco horas de televisão por dia. (…) o hábito associa-se com redução da actividade física (…) ver televisão é também associado com maior ingestão de alimentos, e ao alimentos consumidos são aqueles anunciados na televisão". As actividades jogar computador ou consola e ler ou estudar, também eram praticadas pelas crianças com elevada frequência semanal, na actividade jogar computador, 15 (27,2%) crianças realizavam-na todos os dias, 11 (20,0%) muitas vezes na semana e 8 (14,5%) algumas vezes. As outras 20 (36,3%) responderam entre nunca e poucas vezes. A actividade ler ou estudar era realizada muitas vezes por semana para 21 (38,2%) crianças e algumas vezes para 15 (27,3%). As restantes 18 (32,7%) crianças responderam entre nunca e poucas vezes. Estes tipos de actividades têm também sido associadas ao aparecimento de obesidade, sendo que maiores utilizadores deste tipo de equipamentos (jovens entre os 8 e 18 anos) despendem com as consolas e computadores cerca de 20% do tempo. Estas actividades são consideradas sedentárias, contudo não promovem o consumo alimentar e permitem gastos energéticos que se aproximam dos exercícios de baixa intensidade, contrariamente à televisão, (Dietz, 1991). Verificou-se que as actividades mais activas, como ajudar nos trabalhos domésticos e jogos (bicicleta, jogar à bola…), eram realizadas, pelas crianças, com baixa frequência semanal. Quanto aos trabalhos domésticos, 23 (41,8%) crianças referiram ajudar poucas vezes e 21 (38,2%) responderam nunca praticar. Quanto aos jogos 26 (47,3%) das crianças referiram nunca jogar e 26 (47,3%) responderam jogar poucas vezes. Barbosa (2004, p.13), também vai ao encontro desta teoria, ele explica «Actos simples, como subir escadas, andar, jogar à bola, andar de bicicleta, deixaram de ser feitos». Relativamente a estes parâmetros, as conclusões de Fricker *et al*. (1998, p.385) também estão de acordo com os resultados do presente estudo: "Vários elementos, relativos ao nosso modo de vida, explicam a inquietante progressão do excesso de peso

nas crianças. Em primeiro lugar, uma baixa de actividade física: as crianças andam cada vez menos para irem para a escola; permanecem cada vez mais em frente a um ecrã (televisão, consola de jogos electrónicos ou computador) e negligenciam paralelamente os jogos mais físicos. Como se movimentam menos, têm tendência a armazenar (sob a forma de gordura no corpo), mais do que queimam (através do esforço muscular), as calorias fornecidas pela alimentação". Outra questão importante que se colocou às crianças, foi saber a preferência entre duas actividades: ver televisão ou praticar um desporto e os resultados foram 24 (43,6%) respostas para a opção ver televisão e 31 (56,4%) respostas para a opção praticar um desporto, contudo a percentagem dos que efectivamente praticam é inferior, provavelmente sendo esta diferença explicada talvez por dificuldades económicas e/ou falta de tempo para a prática de desporto.

Relativamente aos hábitos alimentares, há muitos aspectos a comentar. Todas as crianças realizavam o pequeno-almoço, o lanche da manhã, o almoço, o lanche da tarde e o jantar. Só a ceia, não fazia parte do regime alimentar de 22 (40%) crianças. Costa *et al*. (2002), argumentam relativamente ao número de refeições diárias que as crianças devem realizar: «Aconselham-se três refeições básicas (pequeno-almoço, almoço e jantar) e dois lanches (manhã e tarde). Evitar longos períodos de jejum (…)» Todas as crianças realizavam a 1.ª refeição em casa assim como o jantar e a ceia. O lanche da manhã era realizado na escola para todas as crianças. O lanche da tarde era realizado no ATL por 51 (92,7%) crianças e em casa por 4 (7,3%) crianças. O almoço era realizado no ATL por 47 (85,4%) crianças e na cantina escolar para 8 (14,6%).

Na ementa do ATL, constavam diariamente a sopa, uma porção de carne ou peixe, hidratos de carbono, legumes e uma peça de fruta como sobremesa. Segundo Fricker *et al*. (1998), esta ementa é correcta e adequada às necessidades das crianças: " Ao almoço e jantar, é preciso começar a refeição com alimentos importantes para o equilíbrio nutricional da criança, satisfazendo-a bem (…) sopa ou uma entrada de legumes crus (…) o prato principal composto com massas, arroz, batatas (…) legumes (…) um pequeno pedaço de carne ou de peixe, ou ainda um ovo (…) para a sobremesa um fruto". Os lanches do ATL eram compostos por um pão com manteiga, fiambre ou queijo e um copo de leite. Segundo Fricker *et al*. (1998): «Nos lanches, a associação de um lacticínio semidesnatado, pão ou cereais (pouco açucarados) e uma peça de fruta é uma boa solução». De acordo com este autor, falta uma peça de fruta no lanche destas crianças. Verificou-se que a frequência semanal da ingestão de alimentos pouco saudáveis como guloseimas (gomas, chupas…), bolos (*Bolicau*®, *Chipicau*®, madalenas…), refrigerantes (*Coca-Cola*®, *7-up*®, *Fanta*®…) e *snacks* (*pizzas*, hambúrguer, batata frita…), foi muito elevada, mais de metade da amostra ou seja 30 (54,5%) crianças referiram ingerir guloseimas muitas vezes na semana. Relativamente a bolos, 22 (40%) referiram consumir todos os dias e 18 (32,7%9) muitas vezes na semana. Os refrigerantes também eram consumidos todos os dias por 28 (50,9%) crianças. Quanto aos *snacks*, 37 (67,3%) crianças referiram consumir algumas vezes e 13 (23,6%) muitas vezes na semana. A opção nunca não obteve nenhuma resposta para estes quatro grupos de alimentos. Costa *et al*. (2002) referem relativamente a esta temática: " (…) é importante diminuir a quantidade dos alimentos mais calóricos (…) evitar bolos, refrigerantes, *pizza*, salgados, doces, chocolates, tortas (…)". Constatou-se que as saladas não faziam parte do regime alimentar de 45 (81,8%) crianças. A opção muitas vezes e todos os dias não obteve nenhuma resposta. Relativamente ao consumo semanal de fruta, 14 (25,5%) referiram nunca consumir, 7 (12,7%) consumiam poucas vezes, 15 (27,3%) algumas vezes, 10 (18,2%) muitas vezes e 9 (16,3%) muitas vezes, um aspecto muito negativo, pois de acordo com Nunes e Breda (2001): "(…) as fibras alimentares, presentes nos frutos e vegetais (…) são absolutamente necessárias para assegurar um bom funcionamento intestinal. Neste sentido, a criança deve ser habituada a ingerir estes alimentos em proporção adequada. (…) no prato principal devem constar legumes ou saladas (…)".

Verificou-se que o alimento preferido recaiu sobre alimentos pouco saudáveis, como a *pizza* para 19 (34,5%) crianças, a batata frita para 9 (16,4%) crianças e os sumos para 8 (14,5%) crianças. Quanto ao alimento que menos gostavam, as respostas mais significantes foram o peixe para 25 (45,4%) crianças, a sopa para 7 (12,7%), e o feijão para 5 (9,1%). Também o bacalhau foi respondido por 5 (9,1%) crianças e a alface e os legumes foram escolhidos por 4 (7,3%) crianças cada um. De um modo geral pode-se dizer que as crianças não gostavam de peixe e verduras.

Relativamente à preocupação em fazer uma alimentação saudável, 46 (83,7%) crianças responderam que sim e apenas 2 (3,6%) responderam que não. Os restantes 7 (12,7%) alunos responderam às vezes. Quando se fez esta questão, a maioria das crianças "riram", porque tinham noção que não faziam uma alimentação saudável mas que a deviam fazer, daí o elevado número de respostas positivas. Neste estudo foram calculadas as médias de VET para cada Percentil de IMC, para ver como estas variavam, e foi possível constatar que o VET aumentou no mesmo sentido que aumentavam os percentis de IMC, ou seja, o grupo de menor ingestão calórica correspondeu ao grupo Baixo peso (988,7 Kcal), de seguida um VET mais elevado que o anterior, correspondeu ao grupo da Normoponderalidade (1190,3 Kcal), com um VET ainda mais elevado seguiu-se o grupo do Excesso de peso (2673,8 Kcal) e por último o grupo da Obesidade (2729,1 Kcal) com o VET mais elevado de todos. Comprovou-se, que as crianças classificadas com Excesso de peso e Obesidade ingeriam um valor de VET (Kcal) superior às crianças classificadas com Baixo peso e Normoponderalidade. A ingestão energética total foi ligeiramente inferior no sexo feminino, sendo a média diária igual a 1917,9 Kcal e nos rapazes 2112,3 Kcal. Constatou-se que 3 (5,4%) crianças consideravam-se magras, 48 (87,2%) consideravam-se normais e apenas 4 (7,2%) consideravam-se gordas. Quando se cruzou esta informação com a classificação do Percentil de IMC a que cada criança correspondia, verificou-se que das 21 crianças pertencentes ao grupo da Obesidade apenas 2 se consideraram gordos, e os restantes 19 consideraram-se normais. No grupo do Excesso de peso passou-se a mesma coisa, apenas 1 se considerou gordo e os restantes 8 consideraram-se normais. Como se verificou, estas crianças não se consideraram realmente como são. Tachlitzky (2005, p.58) argumenta relativamente a este facto: "A obesidade tem graves repercussões no desenvolvimento psicológico e na adaptação social da criança (…). Em muitas culturas há estereótipos negativos sobre a obesidade e as crianças obesas têm menos auto-estima e sentem-se inferiores. Podem ser marginalizadas na escola e é muito frequente que sejam objecto de gozo. A descriminação social leva-os às vezes, ao isolamento e podem chegar a sofrer de depressão. Por esta razão o médico deve estudar o carácter da criança, as suas relações familiares e com os colegas de turma, o rendimento escolar e a aceitação da obesidade pela própria criança, os colegas e a família".

A obesidade infantil é um problema nutricional, de dimensão internacional mas cuja realidade é desconhecida em Portugal. Os resultados deste pequeno estudo confirmaram as causas multi-factoriais desta doença indicando um panorama idêntico ao verificado em outros países. Deste modo, confirma-se a necessidade de realização de estudos de dimensão epidemiológica na população portuguesa que permitam caracterizar melhor a obesidade infantil e os factores de risco associados, para se definirem estratégias de prevenção. Pensa-se que esta prevenção passará pelo envolvimento activo dos pais e da comunidade escolar na promoção de hábitos alimentares saudáveis e no incentivo à prática de exercício físico.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos demonstraram que o excesso de peso e a obesidade eram frequentes nestas crianças. Existiu uma percentagem de crianças (61,8%) que não praticavam qualquer tipo de actividade física. Comprovou-se, que aqueles que praticavam

actividade física tenderam a apresentar valores de IMC mais próximos da normalidade enquanto que aqueles que não praticavam nenhuma actividade física tenderam apresentar Excesso de peso e Obesidade.

Verificaram-se altos níveis de sedentarismo. A maioria das crianças utilizava o transporte particular no trajecto para a escola, a média de horas diárias ocupadas pelas crianças a ver televisão foi de 2h 40m (±1h 02m), além disto verificou-se que as crianças despendiam muito do seu tempo a jogar computador e a ler ou estudar. Ajudavam pouco nas actividades domésticas e os jogos como andar de bicicleta, jogar à bola e saltar à corda quase não eram feitos por estas crianças. Quanto aos hábitos alimentares verificou-se que as crianças consumiam guloseimas, bolos, refrigerantes e *snacks* muitas vezes por semana enquanto que as saladas ou legumes não faziam parte da alimentação diária da maioria destas crianças. Os alimentos preferidos pelas crianças foram a *pizza*, batata frita e refrigerantes e os alimentos preteridos foram o peixe, a sopa e o feijão. Grande parte da amostra considerou fazer uma alimentação saudável. A ingestão energética total foi ligeiramente inferior no sexo feminino, sendo a média diária igual a 1917,9 Kcal e nos rapazes 2112,3 Kcal. Verificou-se que o VET (Kcal) aumentava no mesmo sentido que aumentavam os percentis de IMC. Comprovou-se que as crianças classificadas com Excesso de peso e Obesidade ingeriam um valor de VET (Kcal) superior às crianças classificadas com Baixo peso e Normoponderalidade. Das 30 crianças que apresentaram Excesso de peso e Obesidade, 27 consideraram-se normais e apenas 3 se consideraram gordas. As crianças obesas, no geral, não se consideraram como gordas.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, L. e Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação.* 3.ª Edição. Braga, Psiquilibrios Edições.

Amaral, L. e Pinho, O. (2003). *Alimentação Infantil.* Lisboa, Editorial Noticias.

Barbosa, V. (2004). *Prevenção da Obesidade na infância e na adolescência – Exercício, Nutrição e Psicologia.* Brasil, Manole.

Bellizzi, M. e Dietz, W. (1999). Workshop on childhood obesity: Summary of the discussion. *American Journal Clinical Nutricion*. 70 (6), pp. 173-175.

Belouze, M. (2005). *Guia para Adolescentes – Emagrecer, mas como?* Barcelos, Circulo de Leitores.

Bray, G. (2002). Obesidade. *In:* Braunwald, E., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D e Jameson, J. (Ed.). *Harrison – Manual de Medicina*. Rio de Janeiro, McGraw Hill, pp. 251-253.

Bray, G. (2002). Obesidade. *In:* Hause, S.L. e Goodkin, D. E. (Ed.). *Harrison – Medicina Interna.* Rio de Janeiro, McGrawhill, pp. 483-491.

Cameron, M. e Staveren, W. (1990). *Manual on methodology for food consumption studies.* Oxford University Press.

Carvalho, D. (2005). Criança Obesa…Adulto e Adolescente doente. *Revista Medicina & Saúde*, 95 (1) (Setembro), pp. 52-54.

Caspersen, C., Pereira, M. e Curran, K. (2000). Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross – sectional age. *In: Medicine & Science in Sports & Exercice*, pp. 1601-1609.

CDC (2000). [Em linha]. Disponível em http://www.cdc.gov [Consultado em 26/12/2005].

Cervo, A. e Bervian, P. (2002). *Metodologia Cientifica.* 5.ª Edição. São Paulo, Prentice Hall.

Coimbra, M. e Amaral, T. (1994). *Alimentação: Crescer Saudável.* Porto, Porto Editora.

Costa, M., Leão L. e Werutsky, C. (2002). Obesidade. *In:* Costa, M. e Souza, R. (Ed.). *Adolescência – Aspectos Clínicos e Psicossociais.* Porto Alegre, Artmed, pp. 45-58.

Czepielewski, M. (2003). Obesidade. *In:* Czepielewski, M. (Ed.). *Saúde da Família.* Matosinhos, Editora Quidnovi, pp. 24-35.

Dietz, W. (1991). Childrenhood Obesity. *In: Child Health, Nutricion and Physical Activity*. Human Kinetics, pp. 131-172.

Dietz, W. (2003). Obesidade Infantil. In: Shils, M., Olson, J., Shike, M. e Ross, A. (Ed.). *Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença.* 9.ª Edição. Brasil, Editora Manole, pp. 1143-1152.

Escrivão, M. e Lopez, F. (1998). Obesidade. *In:* Nóbrega, F. (Ed.). *Distúrbios da Nutrição.* Rio de Janeiro, Revinter, pp. 381-399.

Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização.* Loures, Lusociência.

Freitas, L. (20059. Caminhada contra a Obesidade. *Revista Teste Saúde*, 56 (3) (Agosto/Setembro), pp. 24-27.

Fricker, J., Dartois, A e Fraisseix, M. (1998). *Guia da Alimentação da Criança – Da concepção à adolescência.* Lisboa, Instituto Piaget.

Fricker, J., Dartois, A e Fraisseix, M. (2001). *Guia da Alimentação da Criança – Da concepção à adolescência.* Lisboa, Instituto Piaget.

Hill, M. e Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário.* Lisboa, Edições Sílabo.

Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., Hearst, N. e Newman, T. (2006). *Delineando a Pesquisa Clínica.* 2.ª Edição. Porto Alegre, Artmed Editora.

Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro. *Diário da Republica*. I Série. 237 (14-10-1986).

Lohman, T. G., Roche, A. F. e Martorell, R. (1988). *Anthropometric Standardization Reference Manual.* Illinois, Human Kinetic books.

Longo, E. e Navarro, E. (2002). *Manual Dictoterápico.* 2.ª Edição. Porto Alegre, Editora Artmed.

Mackenzie, N. (2000). Childhood Obesity: Strategies for prevention. *In:* Mackenzie, N. (Ed.). *Pediatric Nursing.* Geneva, pp. 527-530.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS.* 1.ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo.

Marques, F. C. S. (2002). *Obesidade Infantil.* Porto, FCNAUP.

Monteiro, M. e Santos, M. (2003). *Psicologia.* Porto, Porto Editora.

Montoye, H., Kemper, H., Saris, W. e Washburn, R. (1996). *Measuring Physical Activity and Energy Expenditure.* Human Kinetics.

Moore, M. (1994). Obesidade y Control del Peso. *In:* Moore, M. (Ed.). *Guia Clínica de Enfermeria – Nutrición y dietética.* 2.ª Edição. Espanha, Editora Mosby, pp. 335-349.

Moreira, P. (2006). *Obesidade – Muito Peso, Várias Medidas.* Porto, Âmbar.

Nunes, E. e Breda, J. (2001). *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins-de-infância.* Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Odriozola, B. (2003). *Enciclopédia dos Pais: Qualidade de Vida.* Rio de Mouro, Circulo de Leitores.

Pardal, L. e Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social.* Porto, Areal Editores.

Peckenpaugh, N. e Poleman, C. (1997). *Nutrição – Essência e Dietoterapia.* 7.ª Edição. Editora Roca.

Pereira, A. (2004). *Guia prático de utilização do SPSS – Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia.* 5.ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo.

Peres, E. (1994). Alimentação de crianças e Adolescentes. *In:* Peres, E. (Ed.). *Saber comer para melhor viver – Versão actualizada de alimentação saudável.* 3.ª Edição. Lisboa, Editorial Caminho, pp. 187-194.

Peres, E. (1994). Grandes Erros Alimentares. *In:* Peres, E. (Ed.). *Saber comer para melhor viver – Versão actualizada de alimentação saudável.* 3.ª Edição. Lisboa, Editorial Caminho, pp. 139-166.

Pestana, M. e Gagueiro, J. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS.* 3.ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo.

Petitbò, M. (20039. *Enciclopédia dos Pais: Como resolver problemas da infância.* Rio de Mouro, Circulo de leitores.

Powers, S. e Howley, E. (2000). Composição Corporal e Nutrição para a Saúde. *In:* Powers, S. e Howley, E. (Ed.). *Fisiologia do Exercicio – Teoria e Aplicação ao Condicionamento e ao Desempenho.* 3.ª Edição. Brasil, Editora Manole, pp. 318-352.

Praagh, E. e Duche, P. (2002). El Nino y el Adolescente. *In:* Manidi, M. e Arvanitou, I. (Ed.). *Actividad Física y Salud.* Barcelona, Masson, pp. 105-109.

Rego, C. (2005). Obesidade na criança e no adolescente. *In:* Silva, A. e Pedro, J. (Ed.). *Nutrição Pediátrica – Princípios Básicos.* Lisboa, Quadricor.

Ribeiro, J., Guerra, S., Teixeira, A., Duarte, J. e Mota, J. (2003). *Prevalência de Excesso de Peso e de Obesidade numa população escolar da área do grande Porto, de acordo com diferentes pontos de Corte do IMC.* Porto, FCNAUP.

Robinson, T. (2002). Television viewing and childhood obesity. *In:* Prentice, A. e Jebbs. (Ed.). *The Pediatric Clinics of North America.* Geneva, pp. 1017-1025.

Santos, J. (2003). *Desporto e Medicina do Exercício.* Lousã, Lidel.

Sérgio, A., Correia, F., Breda, J., Medina, J., Carvalheiro, M., Almeida, M. e Dias, T. (2004). *Programa Nacional de combate à Obesidade.* Direcção Geral da Saúde.

Soler, M. e Péres, J. (1991). Obesidade. *In:* Zurro, A. e Péres, J. (Ed.). *Manual de cuidados primários.* Lisboa, Laboratórios Azevedo, p. 349.

Strauss, R. (2002). Childhood Obesity. *In:* Prentice, A. e Jebb, S. (Ed.). *The Pediatric Clinics of North America.* Geneva, pp. 175-201.

Sunyer, F. (2003). Obesidade. *In:* Shils, M., Olson, J., Shike, M. e Ross, A. (Ed.). *Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença.* 9.ª Edição. Brasil, Editora Manole, pp. 1493-1514.

Tachlitzky, A. (2005). *ABC do Crescimento: Biblioteca Médico – Científica para a família (Saúde Infanto – Juvenil).* Volume 7. Matosinhos, Grupo Oceano.

Tudor, C., Ainsworth, B. E. e Popkin, B. M. (2001). Active commuting to school: na overlooked source of children's physical activity? *In:* Tudor, C., Ainsworth, B. E. e Popkin, B. M. (Ed.). *Sports Med*. Reino Unido, pp. 309-313.

Way III, C. (2000). *Segredos em Nutrição.* Porto Alegre, Artmed.

HÁBITOS ALIMENTARES E PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO DOS ADULTOS EM CONTEXTO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Cristina Baixinho[1]

Resumo

Este estudo descritivo e transversal tem por finalidade caracterizar os hábitos alimentares e de exercício físico da população adulta em contexto de formação profissional. O instrumento de recolha e suporte de informação foi o questionário, adaptado de um instrumento já validado (OMS/HBSC), distribuído a 87 formandos de um Centro de Formação Profissional, utilizou-se o SPSS para tratamento da informação recolhida.

Cerca de 30% dos formandos não reduz o consumo de sal e igual percentagem não toma o pequeno-almoço, a maior parte come menos de duas peças de fruta diárias e sopa uma vez ao dia. O exercício físico não é um estilo de vida predominante da população, que não o pratica de forma regular. Face aos achados da investigação propôs-se alterações do ethos do próprio Centro, que facilite a adopção de estilos de vida saudáveis da população adulta em formação.

Palavras-chave

Alimentação; exercício físico; formandos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A saúde é um problema cultural, com um objectivo social, sendo da responsabilidade de todos nós. Nesta perspectiva todos os espaços e tempos são de excelência para essa promoção e para a promoção de estilos de vida saudáveis – na escola, no local de trabalho, nos locais de lazer e até nos locais de formação profissional, pode-se e deve-se fomentar a opção por um estilo de vida que promova a saúde individual e colectiva das comunidades.

Nesta lógica de pensamento o Centro de Formação Profissional como entidade formadora tem responsabilidades para com a promoção da saúde dos seus elementos e dos profissionais que forma.

Na formação profissional, a promoção de estilos de vida sauáveis, pode trazer outros benefícios como aumentar o sentimento de pertença, pelo interesse particular pela pessoa de cada formando e até pelo envolvimento em actividades de carácter preventivo/formativo sobre estilos de vida que envolva a comunidade formativa.

Em Portugal as principais causas de morbilidade e mortalidade entre a população adulta estão relacionadas com patologias cuja etiologia está associada aos hábitos de vida (nomeadamente - sedentarismo, obesidade, consumo excessivo de gorduras e hidratos de carbono) e que são passíveis de serem prevenidas.

Os comportamentos e os estilos de vida são importantes condicionantes/ determinantes para o processo de saúde/doença, incapacidade e diminuição da esperança média de vida.

1. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. **crbaixinho@esear.pt**

Está provado que muitos dos problemas de saúde, da actualidade, causadores de mortalidade e morbilidade estão relacionados com os comportamentos de saúde e estilos de vida (Prazeres, 2002; Precioso, 2004; Ribeiro, 2004).

Quando se fala de prevenção fala-se de benefícios não só para a pessoa, com uma melhor qualidade de vida, com menor incidência e prevalência de doenças/incapacidades e aumento da sua esperança média de vida, mas fala-se também de benefícios sociais e económicos.

A opção por estilos de vida saudáveis depende do modo como se relacionam as aprendizagens de um indivíduo no seu processo de socialização, por isso promover a saúde é um processo complexo que deve não só incluir as ditas acções educativas, mas também possibilitar a aquisição ou o desenvolvimento de competências, que promovam o desenvolvimento social e pessoal da pessoa, habilitando e responsabilizando-a pelas suas opções.

De entre os diferentes estilos de vida destacam-se a alimentação e a prática do exercício físico como promotores da saúde individual e colectiva. Estes dois "comportamentos" assumem, igualmente, uma importância vital para o tratamento de alguns problemas de saúde e também para a prevenção e reabilitação de sequelas secundárias a diversas patologias.

Nos países industrializados os problemas de saúde são, geralmente provocados por uma sobrealimentação, que pode conduzir à obesidade, aumenta o risco de diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e cancro (cólon, recto, mama, útero e ovário).

A associação entre a obesidade e o aumento de risco de mortalidade e morbilidade tem vindo a ser estudada. Existem evidências que o risco de mortalidade aumenta com o aumento de peso. Essas mortes têm por detrás causas como a diabetes *mellitus*, as doenças gastrintestinais, hipertensão e doenças cardiovasculares (Kaplan, 1997).

Uma alimentação com pouca ingestão de cálcio (sobretudo na infância e adolescência) aumenta o risco de osteoporose pós-menopausa. A alimentação pobre em frutas, legumes e fibras aumenta o risco de cancro do estômago, cólon e recto.

Os hábitos alimentares adquiridos na infância e na adolescência vão marcar o comportamento alimentar ao longo da vida. Nesta ordem de ideias não é de estranhar que doenças associadas a determinados hábitos alimentares sejam comuns em determinadas famílias, com determinados hábitos de vida.

Aliado a estes factores culturais encontra-se o nível de educação/informação, estatuto sócio-profissional e económico da família e a própria concepção do estilo de vida moderno, associado ao "*fast-food"* e a influência dos meios audiovisuais.

O exercício físico ao actuar sobre diversos sistemas orgânicos estimula a função destes sistemas e o metabolismo. A sua prática regular beneficia a saúde física e psíquica, contribui para a redução das taxas de mortalidade por doenças cardíacas, até porque diminui o stress, ajuda a controlar o peso corporal, fortalece vasos e músculos. Está associado à diminuição de certos tipos de cancro, da hipertensão e diabetes.

É consensual que o exercício físico melhora a qualidade de vida (Kaplan *et al*, 1997; Odgen, 1996, 1999; Glanz,1999).

Odgen (1996) defende que os benefícios do exercício físico são categorizados em benefícios físicos e psicológicas.

Nos benefícios físicos salientam-se os efeitos preventivos das doenças coronárias, diminuição da tensão arterial, redução de peso e obesidade, diminuição da diabetes. Kaplan

et al (1993) citado por Simões (1997) salienta ainda os benefícios do exercício físico ao nível do aparelho osteo-articular e na prevenção de determinados tipos de cancro.

Em termos de benefícios psicológicos há uma diminuição da ansiedade, aumento da auto-estima e da autoconfiança, com melhoria da qualidade de vida. Do ponto de vista social pode ser, igualmente, um meio socializante entre pessoas.

Como todos os comportamentos ao nível da saúde existem determinantes que influenciam a sua realização. Para Simões (1997) estas podem ser categorizadas em factores pessoais e envolvimentais.

Dentro dos factores pessoais e referenciando Kaplan *et al* (1993), Simões(1997) destaca o nível de educação, competências comportamentais, alto risco de doença coronária, a participação em programas anteriores, a motivação, as características físicas (nomeadamente o baixo peso), autoimagem positiva, determinados valores sociais percebidos (dos quais Odgen(1996) destaca as crenças relativas à agradabilidade e promoção de contacto social aliados ao exercício, bem como as crenças relativas à importância da saúde e aptidão física).

Ao nível dos factores envolvimentais salientam-se a percepção do tempo disponível (Kaplan *et al* (1993), citado por Simões, 1997) e a influência da família, dos amigos e da escola.

Odgen (1996) destaca ainda factores sócio-politicos onde se incluem meios para a prática de exercício físico, a promoção de programas específicos no âmbito da prática desportiva, de entre outros.

Wold e Kannas (1993), citados por Simões(1997:81) referem que "o exercício físico difere dos outros hábitos de saúde, na medida em que envolve uma participação activa, e como tal conduz a uma maior mudança atitudinal e comportamental, relativamente a outros hábitos que envolvem uma participação positiva. Neste sentido a promoção da actividade física, pode servir de meio para uma mudança comportamental ao nível de outros comportamentos de saúde".

De certo modo o desporto e, aliás, todas as formas de exercício físico "fazem parte e são expressão da preocupação sem fim de fazer o corpo, de o criar, adaptar, transformar e melhorar. Não apenas à superfície, mas em profundidade" (Bento,2002:173).

Há uma associação estreita entre desporto e saúde "não em último lugar por via da tradicional acentuação corporal dos conceitos de saúde e doença e também devido ao papel atribuído à prática desportiva na configuração de estilos de vida sadia "(Bento, 2002:169).

Para o mesmo autor "o corpo está, pois, a viver um regresso festivo ao centro das atenções e dos olhares e está a exercer uma influência marcante em muitos quadrantes, nomeadamente na alteração dos motivos, cenários e modelos de uma nova cultura desportivo-motora (...) Continuamos a investir nele muitos dos esforços tendentes à melhoria da qualidade de vida e passam por ele muitas das tentativas de fazer da existência e do dia-a-dia um projecto de arte" (Bento, 2002:169).

METODOLOGIA

Estudo exploratório, quantitativo e descritivo. O universo é constituído pelos formandos de um Centro de Formação Profissional do Distrito de Lisboa, num total de 87 formandos. Relativamente às variáveis consigna-se como variável dependente – comportamentos relacionados com a alimentação e prática de exercício físico e variáveis independentes – idade, constituição do agregado familiar e grau de escolaridade/

modalidade de formação.

O instrumento de recolha e suporte de informação foi um questionário, construído a partir do questionário da Organização Mundial de Saúde –HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*). Recorreu-se ao *Software SPSS Versão 13* para o tratamento estatístico. As técnicas estatísticas utilizadas foram a descritiva e a multivariada, com análise factorial.

Para se avaliar a clareza do instrumento foi feito um pré-teste onde se aplicaram 28 questionários.

Foi garantido o direito a alguém recusar a ser investigado, a privacidade, a confidencialidade, o anonimato e a protecção contra danos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao darmos inicio à discussão dos resultados gostaríamos de recordar que se trata de um estudo transversal e que não foram encontrados trabalhos de investigação com este tipo de população – adultos em contexto de formação profissional.

Tendo em conta a população, o tipo de estudo e a metodologia, consideramos que os resultados são válidos mas que não podem ser extrapolados para outros grupos que frequentam o mesmo tipo de acção de formação.

O questionário foi realizado a 87 formandos, 97,7% do sexo feminino e 2,3% do sexo masculino, com uma média de idades de 30,26 anos, com um mínimo de 17 anos e um máximo de 53 anos.

Dos inquiridos constata-se que 44,83% são solteiros e 43,68% são casados. Verifica-se que 25,29% vive com o marido/companheiro e filho(s) e 17,24% com os pais; 48,84% dos inquiridos têm como grau de escolaridade o ensino secundário e que apenas 2,33% frequentaram o ensino médio ou superior.

A modalidade de formação com mais frequência é a de Qualificação inicial e profissional com 66,67%, onde o curso de auxiliar de acção educativa é o mais frequentado, com 56,32%.

Dado que a grande maioria dos inquiridos são do género feminino não é possível, neste trabalho, relacionar determinados comportamentos ou atitudes com o género.

Dos inquiridos constata-se que 44,83% são solteiros e 43,68% são casados, 8,05% divorciados e 3,45% da população refere outro. O estado civil é uma variável que iremos analisar e comparar com determinados comportamentos.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos inquiridos tem o ensino secundário 48.84%. apenas 2.33% dos inquiridos afirma ter frequentado o ensino médio ou superior. Sendo que 48,84% da população apresenta um grau de escolaridade igual ou inferior ao 3.º ciclo.

Das pessoas inquiridas, respondem afirmativo 45,98% à questão de prática de algum exercício, onde 26,19% afirma que o faz quatro a cinco vezes por semana. Dos que praticam exercício físico 33,33% fá-lo por um período de tempo inferior a uma hora, 56,41% por um período de uma hora.

Gráfico 1. Exercício físico

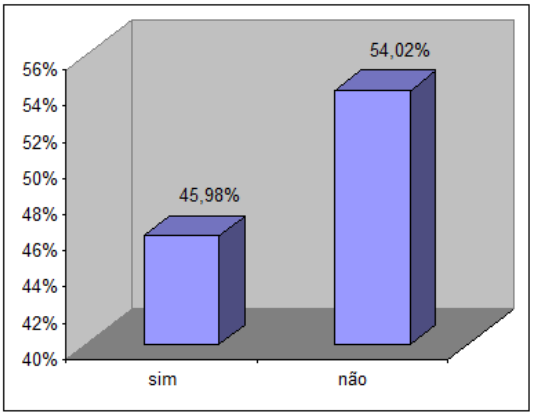
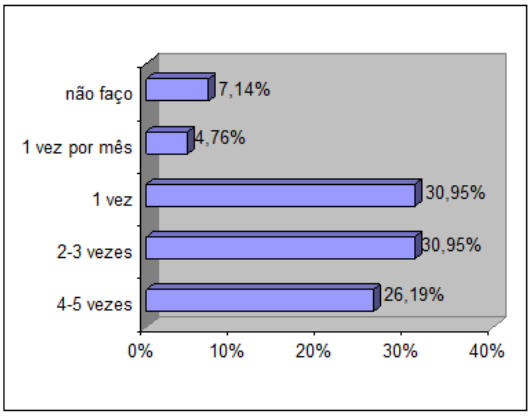


Gráfico 2. Quantas vezes o pratica



No que respeita à alimentação verifica-se que 65,52% dos inquiridos afirmam que tem uma alimentação saudável em oposição 34,48% referem não ter.

A ingestão de sal é controlada por 70,11% da população, mas 29,89% respondem que não se preocupam com a redução da ingestão de sal.

O pequeno-almoço é a refeição mais importante do dia, mas ainda existe 29,89% dos inquiridos não o tomam.

A sopa faz parte da alimentação, na maioria dos casos (42.53%) uma vez por dia e em 22,995 dos casos mais do que uma vez dia, 5,75% raramente a comem e 28,74% fazem-no, apenas, uma vez por semana.

Gráfico 3. Quantas vezes come sopa

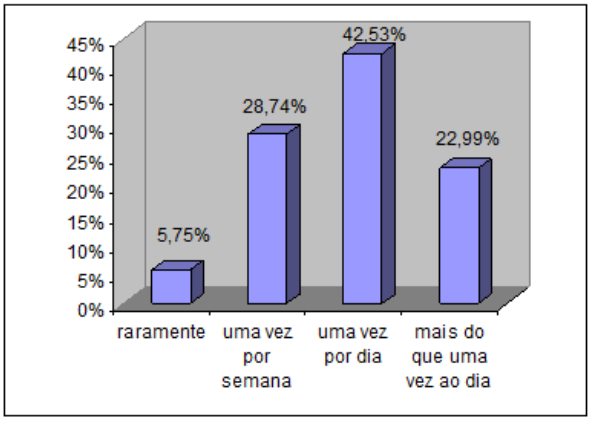
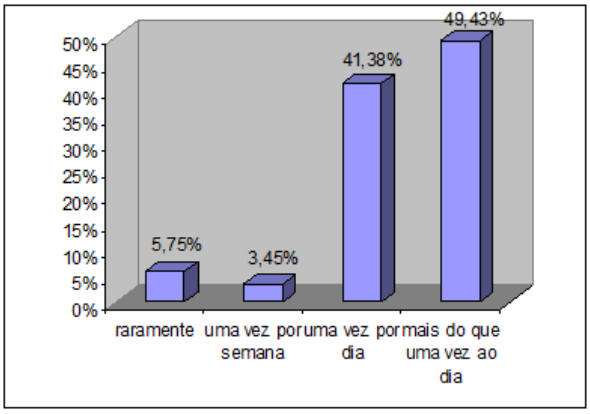


Gráfico 4. Quantas vezes come fruta



Quanto ao consumo de fruta verifica-se que menos de metade dos inquiridos comem mais do que uma vez por dia, com 49.43% do total das respostas, 41,38% come uma vez ao dia, 3,45% uma vez por semana e 5,75% refere esse consumo é raro.

Desta população 43,68% come doces pelo menos uma vez ao dia, 37,93% come uma vez dia e 5,75% come mais do que uma vez ao dia; 33.33% come uma vez por semana e 22,99% raramente os come.

Gráfico 5. Quantas vezes come doces

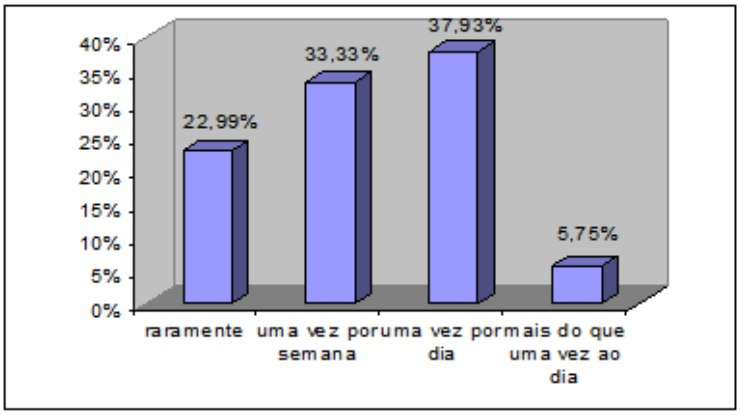
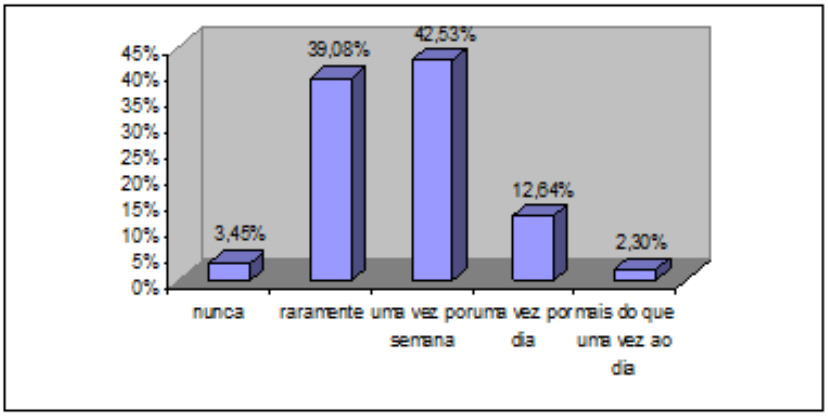


Gráfico 6. Quantas vezes come fritos



Uma percentagem significativa (39.08%) responde que raramente come fritos e 3,45% nunca o faz. No entanto, há 42.53% dos indivíduos que consomem fritos uma vez por semana ,12,64% consomem uma vez por dia e 2,3 % mais do que uma vez ao dia.

Gráfico 7. Quantas vezes come carne

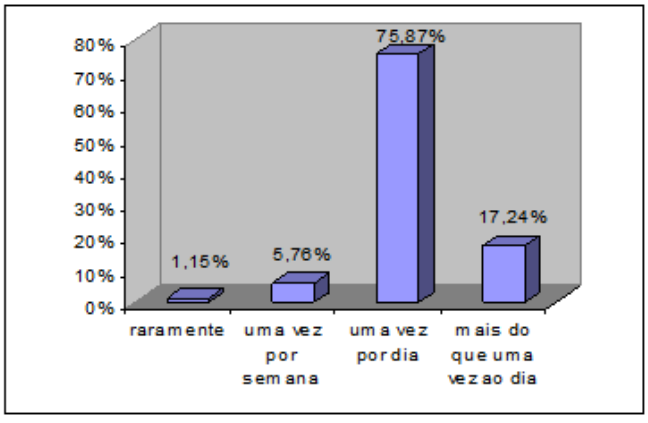
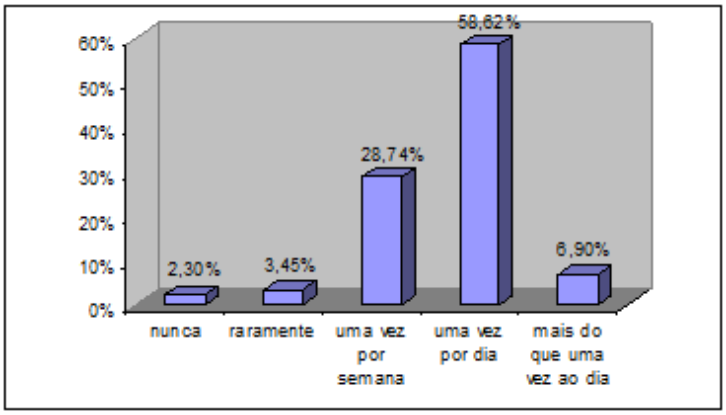


Gráfico 8. Quantas vezes come peixe



Constata-se que 75,87% dos inquiridos comem carne uma vez por dia.

O peixe é consumido uma vez ao dia por 58,62% da população, sendo que 2,3% não come peixe e 3,45% raramente o faz.

O café é consumido em 25,29% uma vez por dia pelos inquiridos e mais do que uma vez por 32,18%. Sendo que 18,39% não o bebe e igual percentagem raramente o faz.

Para descriminar os comportamentos e influência das variáveis utilizaram-se métodos factoriais (Análise em Componentes Principais e Análise Factorial das Correspondências) permite-nos identificar factores ou dimensões gerais subjacentes aos dados, analisando-se as inter-relações entre as variáveis em estudo e reduzir a dimensionalidade da base de dados inicial (Johnson e Wichern, 1998).

De acordo com Hill e Hill (2002:226) a "Análise de Componentes Principais tem como objectivo principal a análise da variância total de cada uma das variáveis num conjunto de variáveis", sendo "o objectivo principal da Análise Factorial analisar a variância comum num conjunto de variáveis para entender, ou "explicar", as correlações entre essas variáveis" Hill e Hill (2002:227).

Para os mesmos autores o uso das duas técnicas é possível para reduzir a complexidade de um conjunto de dados.

A partir das variáveis da base de dados inicial, os métodos factoriais vão construir factores – novas variáveis – que são combinações lineares das variáveis iniciais, de forma aos factores serem :

não – correlacionados entre si (independentes se seguirem uma distribuição normal)

ordenados por ordem decrescente de importância, em termos de contribuição para a variabilidade dos dados, o segundo um pouco menos, e assim por diante.

Para além dos factores gerados pela Análise de Componentes Principais aplicou-se a esse conjunto de factores a análise de *clusters*.

Esta técnica tem "como objectivo principal o agrupamento de casos com base num conjunto de variáveis. Por outras palavras, a técnica tenta formar grupos de casos (chamados clusters)" Hill e Hill (2002:209). Os casos dentro de um cluster são semelhantes entre si.

Mais precisamente aplicamos classificação hierárquica tendo em conta como medida de dissemelhança a distância euclideana e como critério de agregação o critério de

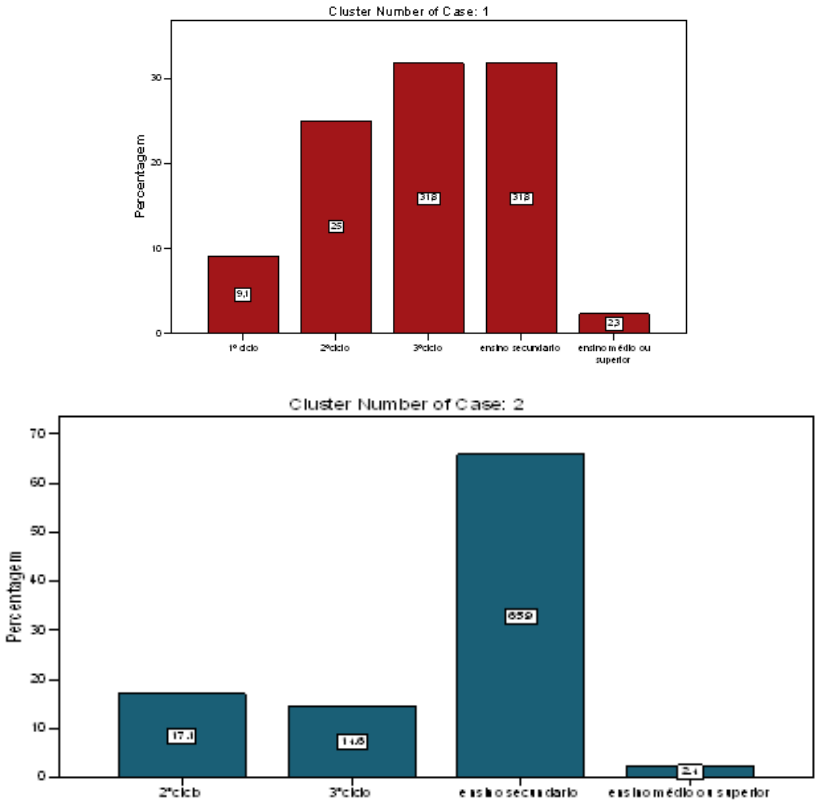
Ward.

Através da construção de um dendograma pela distância euclidiana com o método de Ward pode-se notar a existência de dois grupos de opinião distintos.

Esses dois grupos de opinião foram sujeitos a uma análise descritiva por forma a entender as diferenças entre eles.

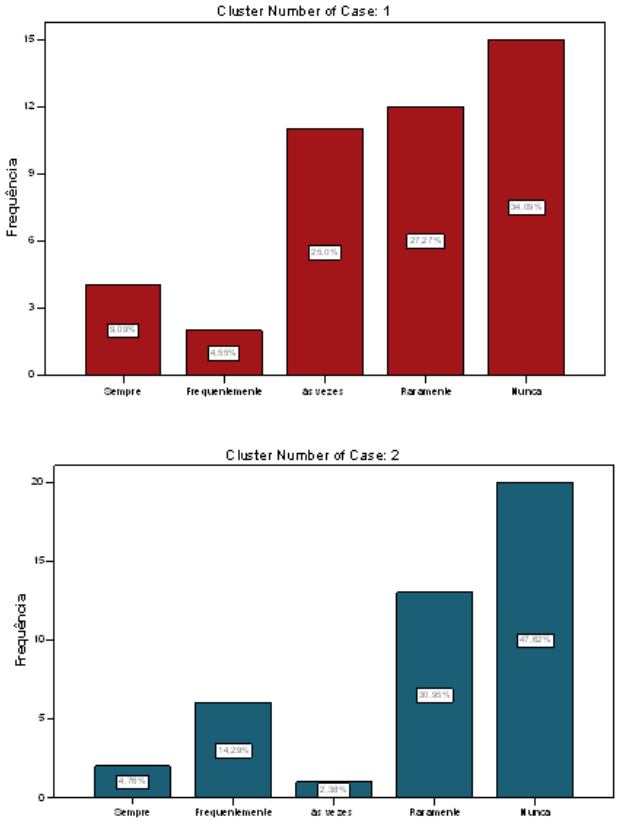
Em relação ao grau académico verificam-se diferenças nos grupos formados. No Cluster 1, 31.8% tem o 3.º ciclo e 31.8% o ensino secundário. No Cluster 2, 65.9% tem o ensino secundário. Há também uma diferença a notar em relação ao facto de no Cluster 2 o grau académico "ensino médio ou superior" ser maior. Pode por isso afirmar-se que os individuos do Cluster 2 tem mais qualificações académicas do que os individuos do Cluster 1.

Gráfico 9- Cluster/grau académico



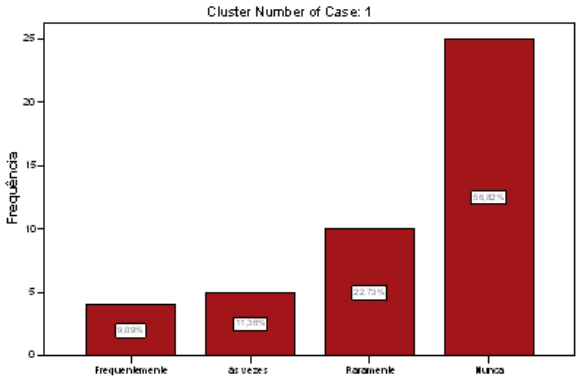
34.09% dos indivíduos do Cluster 1 refere que "nunca" recorre à comida como refugio dos problemas. No Cluster 2 a percentagem é maior (47.62%). O somatório de indivíduos que recorrem mais a este refúgio encontram-se no Cluster 1.

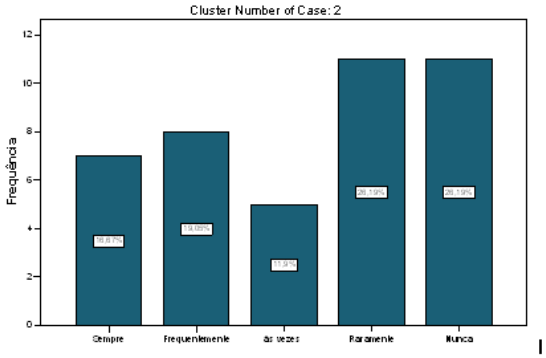
Gráfico 10 - Vingo-me na comida



A maior parte de indivíduos que utilizam o exercício para descontrair são os do Cluster 2. Note-se que 16.67% dos indivíduos do Cluster 2, refere "sempre", tal não sucede no Cluster 1.

Gráfico 11- Vou fazer exercício ou dar uma volta a pé.





DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A prática de exercício físico não competitivo é, hoje, considerado um elemento fundamental na opção por estilos de vida saudáveis. Continua no entanto a existir uma tendência para o sedentarismo, que aumenta com a idade. A escola desempenha um papel decisivo nesta prática, pela existência de aulas de educação física. A falta de um espaço para este fim não o permite realizar no Centro, não só por falta de um espaço formal (ginásio), mas também porque o espaço informal (área envolvente) é exíguo. O próprio horário diário de formação, conjuntamente com as horas que são necessárias para o estudo individual de cada formando somado com as tarefas domésticas que muitos têm a seu cargo limita, igualmente, o tempo disponível para esta actividade. Diferentes estudos (Kaplan, 1993; Odgen 1996; Simões,1997; Matos e tal, 2000; Bento, 2002) referem os benefícios do exercício físico, do bem estar individual até à adopção de outros estilos de vida ditos de saudáveis.

De salientar que esta prática está associada a outro tipo de comportamentos. Estudos verificaram que quem menos exercício faz mais tabaco e álcool consome (Frasquilho, 1996; Matos e Sardinha,1999). Apesar de no nosso estudo não se ter verificado esta hipótese, nesta população é um dado importante de reter, porque estes resultados sugerem que a actividade física constitui uma chave para um estilo de vida mais saudável e está associado, nomeadamente a consumo mais baixo de tabaco e álcool. Estes resultados alertam para a necessidade de repensar o espaço criando um local formal e investindo nos espaços informais para criar condições que favoreçam a actividade física, o que poderá passar também pelo estabelecimento de parcerias com diversas Associações locais para a prática, por exemplo, de natação/ hidroginástica nas suas instalações.

Quanto aos hábitos alimentares gostaríamos de salientar, que apesar do estudo ser transversal, gostaríamos de fazer uma descrição qualitativa dos hábitos alimentares da população, dado que, de um modo geral, são difíceis de quantificar. A análise efectuada aponta para um consumo excessivo de fornecedores de hidratos de carbono, fritos e carne, com baixo consumo de fruta, legumes. Estes resultados vão de encontro a outros estudos como Loureiro e Miranda (1993), Peres (1994); Loureiro (1999), citados por Santos, 2000; Matos et al, 2000; Matos et al, 2004.

Cerca de 30% da população não toma o pequeno-almoço e igual percentagem não tem cuidado com a ingestão de sal.

Estes factores a médio e longo prazo poderão estar na origem de diferentes patologias, nomeadamente de doenças cérebro-vasculares e diabetes *mellitus*, bem como contribuir para o aumento de peso.

Há que avaliar se o início e frequência de um curso de formação provoca alterações

dos hábitos alimentares, pela mudança da rotina diária e pelo contacto com pessoas com hábitos diferentes, bem como pelos comportamentos socializadores que poderão surgir, por exemplo, tomar o pequeno-almoço no café com o grupo. Loureiro (1999) refere que as práticas alimentares sofrem fortes influências, onde o prestígio atribuído socialmente a determinados alimentos, não tem relação com a dimensão saúde mas prende-se com outros valores, e que de certa forma está associado às classes sociais mais desfavorecidas.

O que permitirá compreender melhor a questão da alimentação e ajudar a delinear estratégias que permitam a aquisição e manutenção de hábitos alimentares saudáveis. Consideramos que o facto do Centro não atribuir subsídio de alimentação e ao invés dar a senha de alimentação para o refeitório é um factor promotor de uma alimentação "mais saudável".

Loureiro, 1999, afirma que um comportamento alimentar saudável está associado de uma forma coerente com outras práticas saudáveis.

Isto é importante na medida em que o Centro de Formação ao transformar-se num ambiente saudável está a favorecer a adopção de comportamentos que podem modelar as práticas dos futuros auxiliares de acção educativa e por meio destes da própria comunidade educativa, no seu sentido mais abrangente.

Pela análise multivariavel foi possível identificar relação entre os hábitos alimentares e práticas de exercício físico associados às práticas de gestão do stress. Os resultados apontam para modos de lidar com este favorecedores de um bem estar físico, mental e social, com baixa incidência do aumento de comportamentos não saudáveis. Ao contrário de outros estudos o exercício físico não representa uma prática frequente para lidar com o stress, sendo que 43% nunca recorrem a este. Gomes – Pedro (1992), Barros (1999), Matos et al (2000) referem que o exercício físico é o melhor meio de combater o stress.

No que concerne à hipótese colocada de existirem diferenças entre os comportamentos relacionados com a saúde e a idade do formando, não se verificaram quaisquer diferenças estatísticas significativas entre os mais novos e os mais velhos.

Quanto à hipótese de existirem diferenças entre os comportamentos relacionados com a saúde e o grau de escolaridade, pela construção de clusters, constatou-se a existência de dois grupos com características diferentes. O cluster 1, que possui mais baixo grau de escolaridade são os que mais se "vingam" na comida em situações de stress e os que menos praticam exercício físico.

Relativamente à hipótese de existirem diferenças entre os comportamentos relacionados com a saúde e a constituição do agregado familiar, a única análise relevante é a associada ao estado civil. Os casados são os que referem uma maior preocupação com a redução do sal e consumo de frutas e legumes.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Pensamos que a realização desta investigação permitiu um melhor conhecimento dos formandos no que concerne aos seus comportamentos alimentares e de exercício físico.

A intervenção na formação profissional terá que ser multidisciplinar e multifactorial promovendo em cada formando o sucesso escolar e pessoal, com reforço da auto-estima, autocontrole, favorecendo sentimentos de pertença, apoiando - os na aquisição e perpetuação de hábitos de vida saudáveis, desenvolvendo competências de autonomia, responsabilidade, capacidade de escolha e resposta, fomentando a participação e envolvimento familiar, contribuindo para a inovação pedagógica, promovendo a qualidade ambiental e a segurança no espaço e no tempo formativo, criando uma relação pedagógica e interpessoal baseada em valores coerentes, com respeito pela pessoa de cada um.

Promover um Centro de Formação Profissional saudável é acima de tudo um processo contínuo, jamais acabado, que envolve toda a comunidade formativa "alargada" e, sobretudo os formandos, contudo o mais fácil é, muitas das vezes, o mais difícil...

Sugere-se o desenvolvimento de estudos que permitam compreender o que está por detrás dos comportamentos observados, através da convergência de esforços para investir na promoção da saúde no Centro de Formação Profissional. Estudos futuros, deverão analisar se a entrada e frequência destes cursos induz alterações nos hábitos de vida, nomeadamente na alimentação e prática de exercício fisico.

Sugere-se ainda a introdução de um módulo sobre estilos de vida saudáveis na componente sócio-cultural destes cursos, que seja transversal a todas as unidades curriculares e que compreenda uma vertente de trabalho individual e de grupo sobre a temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, M. G. (1999). Actividades físicas no lazer e outros comportamentos relacionados com a saúde dos trabalhadores da indústria no Estado de Santa Catarina (Tese de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina,1999).

Loureiro, I. (2000). Editorial. Promoção da Saúde em meio escolar.

Matos, M.G., Simões, C., Canha, L., Fonseca, S. (2000). Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses. Faculdade de Motricidade Humana, 83 p.

Neves, A. P. (2002). Experiências de utentes com associação tabágica: alguns contributos para a promoção da saúde (Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002).

Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Otawa, Otawa, Canadá, Direcção Geral da Saúde, tradução, Versão Portuguesa – Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova saúde pública.

Santos, J. O. (2000). Os jovens e os comportamentos relacionados com a saúde – um estudo comparativo, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Tese de Mestrado.

INFLUÊNCIA DA INGESTÃO ENERGÉTICA SOBRE O PERFIL LIPÍDICO E ADIPOSIDADE EM ADULTOS JOVENS EM VIÇOSA, ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

Renata Oliveira[1], Otaviana Chaves[2], Sylvia Franceschini[3], Gilberto Rosado[4] & Silvia Priore[5]

Resumo

O presente analisou o estado nutricional e a ingestão energética de 100 indivíduos saudáveis do sexo masculino residentes no município de Viçosa-MG. Encontrou-se 33% de prevalência de excesso de peso e 39% com elevado percentual de gordura corporal. Em relação à análise bioquímica, a alteração mais freqüente foi o HDL reduzido (62%). O consumo energético se associou com todas as variáveis antropométricas, sendo que as correlações mais fortes foram observadas entre ingestão energética e peso ($r = 0,649$; $p< 0,001$), IMC ($r= 0,649$; $p< 0,001$), Circunferência do Quadril ($r = 0,590$; $p<0,001$)e Circunferência da Cintura ($r=0,587$; $p<0,001$). Os resultados evidenciaram que a elevada ingestão energética contribui para a determinação do excesso de peso e dislipidemias e que apesar das limitações inerentes aos métodos de avaliação do consumo alimentar é possível, por meio destes, determinar grupos de risco para ações de educação nutricional.

Palavras-chave

Estado nutricional; consumo de alimentos; dislipidemias.

INTRODUÇÃO

A prevalência de excesso de peso corporal vem aumentando no mundo inteiro e se tornando um dos maiores problema de saúde, tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento. Acredita-se que esse processo de acúmulo excessivo de gordura corporal é desencadeado, principalmente, por fatores genéticos e sócio-ambientais e, os aspectos mais relacionados a este quadro tem sido o aumento do fornecimento energético pela dieta e a redução da atividade física[i].

A obesidade se caracteriza como um problema na medida em que o excesso de peso e a gordura abdominal se associam com alterações metabólicas. Ao excesso de peso corporal, normalmente, acompanha-se a dislipidemia, hipertensão arterial, resistência à insulina, hiperinsulinemia e intolerância à glicose ou diabetes do tipo 2[ii].

A alimentação, reconhecidamente, influencia o peso corporal e alterações metabólicas e seu papel na prevenção e tratamento de cardiopatias tem sido descrito na literatura científica. Alguns estudos têm demonstrado os efeitos benéficos à saúde humana decorrentes de uma dieta rica em cereais não-refinados, frutas e vegetais e com elevada proporção de gorduras monoinsaturadas em relação às saturadas [iii,iv,v].

A doença arterosclerótica, uma das principais causas de morbi-mortalidade em adultos, tem como fator de risco, entre outros, os fatores descritos acima: excesso de peso corporal, dislipidemia e a hipertensão arterial [vi,vii]. Embora seja considerada uma doença típica de

1. Universidade Federal de Viçosa. **renata_vicosa@yahoo.com.br**
2. Universidade Federal de Viçosa. **otavianac@yahoo.com.br**
3. Universidade Federal de Viçosa. **sylvia@ufv.br**
4. Universidade Federal de Viçosa. **gilberto@ufv.br**
5. Universidade Federal de Viçosa. **sepriore@ufv.br**

meia-idade, o processo arterosclerótico pode se iniciar na infância ou adolescência e tende a persistir ao longo dos anos[viii, ix]. A elevada prevalência de fatores de risco para a doença arterosclerótica, em indivíduos jovens, chama atenção para a necessidade de adoção de medidas preventivas[x] e para isto, são necessárias investigações que facilitem a compreensão da magnitude dos fatores de risco nas diferentes faixas etárias.

Desta forma, este estudo objetivou caracterizar o estado nutricional de adultos jovens do sexo masculino, do município de Viçosa, estado de Minas Gerais-Brasil e investigar sua possível correlação com a ingestão dietética.

METODOLOGIA

Casuística e seleção amostral

O estudo foi realizado com adultos saudáveis do sexo masculino, com idade média de 26,2 anos, do município de Viçosa – MG. A seleção da amostra se deu a partir do banco de dados do exército brasileiro referente aos anos de 1996 a 1999, visto que todo homem com 18 anos, no Brasil, é obrigado a realizar o alistamento militar. Foram encontrados, no período mencionado, 1082 registros completos e a partir destes, utilizou-se do método de amostragem aleatória simples [xi], para seleção dos 100 indivíduos que fariam parte do estudo (aproximadamente 10% da amostra total). Cada indivíduo participou do sorteio somente uma vez, ou seja, o nome sorteado foi anotado em protocolo próprio e não foi recolocado junto aos demais, que ainda estavam disponíveis para o respectivo fim.

Os sorteados foram procurados em 2006, a partir dos endereços contidos no banco de dados das Forças Armadas ou por lista telefônica, a partir dos nomes dos pais ou dos próprios indivíduos, obtidos do mesmo banco e convidados a participar do estudo.

Foram incluídos no trabalho, aqueles que, após terem tomado conhecimento do projeto, autorizaram sua participação mediante assinatura do termo de consentimento.

Os indivíduos, que aceitaram, foram atendidos na Divisão de Saúde da Universidade Federal de Viçosa para realização de avaliação antropométrica e de composição corporal. A análise bioquímica foi realizada no laboratório da respectiva Divisão. A análise dietética foi realizada em segunda consulta, também na Divisão de Saúde ou em visita domiciliar, conforme preferência do voluntário.

Avaliação nutricional

Para investigação do estado nutricional realizou-se avaliação antropométrica, de composição corporal e perfil lipídico.

A avaliação antropométrica incluiu Índice de Massa Corporal (IMC) e seus derivados - IMC de gordura (IMCG) e IMC livre de gordura (IMCLG); circunferência da cintura (CC) e do quadril (CQ), a partir dos quais se calculou a relação cintura/quadril (RCQ). A obtenção das medidas seguiu as normas preconizadas por Jelliffe (1968)[xii]. Para classificação do IMC, CC e RCQ utilizaram-se os pontos de cortes propostos pela World Health Organization (1998)[xiii].

O percentual de gordura corporal (% GORD) foi aferido por bioimpedância elétrica horizontal (Biodynamics, modelo 310, versão 7.1), sendo o percentual de gordura corporal total classificado de acordo com Lohman (1992)[xiv]. A avaliação foi realizada entre 7h e 8h30' estando todos os indivíduos em jejum de 12 horas. Os indivíduos submetidos a esta técnica foram orientados a seguir procedimentos prévios, sem os quais os resultados poderiam ser comprometidos: não fazer uso de diurético pelo menos nos 7 dias anteriores à realização do exame, não realizar atividade física nas últimas 12 horas anteriores à avaliação, não consumir álcool a menos de 48 horas da avaliação e urinar 30 minutos

antes da realização do exame[xv]. A massa de gordura foi obtida após transformação da porcentagem de gordura corporal em quilogramas de massa corporal e por diferença, obteve-se a massa livre de gordura. Foram aferidas pregas cutâneas tricipital (PCT), bicipital (PCB), subescapular (PCSE) e supra-ilíaca (PCSI) (mm), para análise da distribuição da gordura corporal. A gordura periférica e a central foram calculadas a partir do somatório das pregas periféricas (PCB e PCT) e centrais (PCSI e PCSE), respectivamente.

A coleta do sangue foi realizada no laboratório de análises clínicas da Universidade Federal de Viçosa, após 12 horas de jejum. O perfil lipídico foi analisado de acordo com os critérios propostos pelas III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001)[xvi] (Quadro 1).

Quadro 1. Valores de referência para análise de perfil lipídico em indivíduos com idade superior a 20 anos

	VALOR	CLASSIFICAÇÃO
COLESTEROL	< 200 mg/dL 200-239 mg/dL > 240 mg/dL	Desejável Limítrofe Alto
TRIGLICERÍDEOS	< 150 mg/dL 150 - 200 mg/dL 201-499 mg/dL > 500 mg/dL	Ótimo Limítrofe Alto Muito Alto
HDL	> 40 mg/dL	Desejável
LDL	< 130 >130 – 159 > 160	Desejável Limítrofe Aumentado

Fonte: III Diretrizes Brasileira sobre Dislipidemia (2001)

Análise dietética

A análise dietética se deu a partir de Registro Alimentar de três dias não-consecutivos. Os registros alimentares foram analisados utilizando-se o *software* Diet-Pro versão 4.0, e para avaliação dos dados, foi considerada a média de ingestão fornecida pelos três registros. A adequação de energia foi calculada, considerando-se a ingestão energética e a necessidade segundo a *Estimated Energy Requirement* (EER), sendo o percentual de macronutrientes em relação ao Valor Energético Total (VET), avaliado segundo a *Acceptable Macronutrients Distribuition Range* (AMDR), do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM)[xvii]. Para ferro, vitamina C e sódio procedeu-se o cálculo da prevalência de inadequação, utilizando o valor da *Estimated Average Requirement* (EAR) como ponto de corte, enquanto para cálcio e fibras utilizou-se o valor da *Adequate Intake* (AI), ambos recomendados pelo IOM[xvii,xviii,xix,xx].

A adequação da ingestão de colesterol, ácidos graxos saturados, monoinsaturados e poilinsaturados foi analisada, segundo os pontos de corte preconizados pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos[xvii].

Adicionalmente foi aplicado um questionário compreendendo itens de identificação e questões complementares sobre a alimentação que englobavam perguntas sobre número de refeições diárias, preferências e aversões alimentares e hábito de realizar as refeições em horários regulares.

As análises estatísticas foram realizadas no programa *Sigma Stat 2.0*, considerando-se nível de significância de 0,05.

Esse trabalho foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da

Universidade Federal de Viçosa.

RESULTADOS

Caracterização da amostra estudada e análise do estado nutricional

A tabela 1 apresenta a média, desvio-padrão, mediana e valores mínimos e máximos das variáveis antropométricas e de composição corporal avaliadas.

Tabela 1. Média, desvio-padrão, mediana e valores mínimos e máximos das variáveis investigadas na vida adulta.

Variáveis	$\overline{X} \pm DP$	Md (mi -ma)
Peso (kg)	74,6 ± 14,0	73,0 (51,4 – 120,5)
Estatura (cm) **	175,4 ± 6,1	174,5(163,0 – 193,0)
IMC (kg/m²)	24,2 ± 3,8	24,0 (17,1 – 35,6)
Gordura (kg)	18,2± 6,8	17,0 (4,2 – 43,0)
MLG (kg)**	56,5± 8,5	55,8 (36,9 – 82,2)
IMCG (kg/m²)	5,8± 2,1	5,6 (1,3 – 12,7)
IMCLG (kg/m²)**	18,2± 2,2	18,3 (13,8 – 22,8)
Prega cutânea bicipital (PCB) (mm)	10,9 ± 4,6	10 (3,0 – 25,0)
Prega cutânea tricipital (PCT) (mm).	15,5 ± 5,9	15 (4,0 – 31,0)
Prega cutânea subescapular (PCS) (mm)	18,4 ± 7,9	18 (5,0 – 42,0)
Prega cutânea supra-ilíaca (PCSI) (mm)	21,3 ± 7,8	20,5(9 – 52,0)
% gordura**	23,9 ± 5,6	23,8 (7,7 – 38,8)
Gordura periférica (PCSE + PCSI) (mm)	26,4 ± 9,8	26,0 (7,0 – 56,0)
Gordura central (PCSE + PCSI) (mm)	39,7 ± 14,9	39,0 (15,0 – 92,0)
Circunferência da cintura (cm)**	85,0 ± 10,5	83,5 (68,0 – 119,0)
Circunferência do quadril (cm)	101,8 ± 7,5	101,5 (88,0 – 128,0)
Relação cintura/quadril	0,83 ± 0,06	0,82 (0,71 – 1,01)

Média ± desvio-padrão ($\overline{X} \pm DP$), Mediana (Md).
Valor mínimo: mi; Valor máximo: ma.
*** variáveis com distribuição normal*

A idade média observada na vida adulta foi de 26,17 ± 1,21 anos. Neste período, encontrou-se prevalência de 33% de excesso de peso (IMC > 25kg/m²), sendo observado 9% de obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)

Detectou-se % de gordura corporal aumentado em 39% dos voluntários, sendo que, dentre estes, 14 (35,8%) eram eutróficos. Observaram-se valores de CC e CQ aumentados em 21 e 2% da amostra, respectivamente. No entanto, foi observada RCQ aumentada em um único voluntário.

De acordo com a analise do perfil lipídico, 32% encontravam-se com o colesterol acima do desejável, sendo que 6% já apresentavam quadro de hipercolesterolemia e 8 % nível de triglicerídeo elevado. A alteração mais freqüente foi o HDL reduzido (62%). Observou-se que os indivíduos que apresentavam alguma alteração no perfil lipídico apresentavam pelo menos uma das seguintes alterações antropométricas: IMC aumentado, CC aumentada ou percentual de gordura elevado.

Avaliação dietética

Na avaliação do consumo energético encontrou-se um EER médio de 2755± 361, kcal. Observou-se que, 47,31% (n=44) dos indivíduos avaliados tinham ingestão energética abaixo da EER, sendo que os demais ingeriam mais que a necessidade estimada.

Considerando a distribuição do valor energético total (VET), segundo os intervalos aceitáveis de distribuição dos macronutrientes (*acceptable macronutrient distribution range* – AMDRs), observou-se que 100% dos avaliados apresentaram o consumo de proteína dentro da faixa preconizada, enquanto 53,8% (n=50) apresentaram consumo lipídico acima da faixa recomendada. Com relação à ingestão de carboidratos, encontrou-se 26,88% dos indivíduos (n=25) com consumo abaixo da faixa mínima recomendada e 1,07% (n=1) com consumo acima da faixa preconizada para ingestão de carboidratos.

Correlação da ingestão energética com avaliação nutricional

Conforme Tabela 2, o consumo energético se correlacionou de forma positiva e significante com todas as variáveis antropométricas, sendo que as correlações mais fortes foram observadas com peso, IMC, CC e CQ, além da MLG e IMCLG.

Tabela 2. Correlação entre o consumo energético e variáveis antropométricas e de composição corporal

Antropometria e composição corporal	r	p
Peso	0,649	<0,001*
Estatura**	0,537	<0,001*
IMC (kg/m2)	0,649	<0,001*
Gordura (kg)	0,538	<0,001*
MLG**	0,755	<0,001*
IMCG (kg/m2)	0,445	<0,001*
IMCLG (kg/m2)**	0,623	<0,001*
Circunferência da cintura (cm)**	0,587	<0,001*
Circunferência do quadril (cm)	0,590	<0,001*
Relação cintura/quadril	0,337	<0,001*
Prega cutânea bicipital (PCB) (mm)	0,387	<0,001*
Prega cutânea tricipital (PCT) (mm)	0,285	0,004*
Prega cutânea subescapular (PCS) (mm)	0,374	<0,001*
Prega cutânea supra-ilíaca (PCSI) (mm)	0,359	<0,001*
Gordura periférica (PCB + PCT) (mm)	0,361	<0,001*
Gordura central (PCSE + PCSI) (mm)	0,379	<0,001*
% gordura corporal	0,381	<0,001*

n= 93
*** variável com distribuição normal.*
Correlação de Pearson : variáveis com distribuição normal
Correlação de Spearman: variáveis sem distribuição normal

Comparando a ingestão dietética entre indivíduos com e sem excesso de peso corporal, verificou-se que aqueles com IMC $\geq$ 25kg/m^2 apresentavam valores superiores de ingestão energética, protéica, lipídica e de carboidratos, ácidos graxos mono e poliinsaturados, colesterol e sódio, embora diferença estatística tenha sido observada, apenas, para a ingestão de ácido graxo monoinsaturado ($p < 0,05$).

Analisou-se também a diferença entre os valores médio, mediano, mínimo e máximo de colesterol total, triglicerídeo, LDL, HDL e VLDL dos indivíduos com consumo energético abaixo e acima das necessidades estimadas de energia (EER). A única diferença, estatisticamente significante, foi encontrada na análise do colesterol, em que se observou que indivíduos com ingestão energética acima das necessidades apresentavam valores superiores de colesterol sanguíneo (valor médio = 191,61±38,04), em comparação com aqueles que apresentaram ingestão abaixo das necessidades estimadas (valor médio = 175,18±31,68).

Os indivíduos foram questionados também sobre o hábito de realizar as refeições em horários regulares, sendo que 38% afirmaram "não ter horário certo para realizar as refeições". A partir desta constatação, estudou-se a influência deste hábito sobre variáveis antropométrica e bioquímica (Tabela 3).

Tabela 3. Média, mediana, valor mínimo e máximo de variáveis antropométricas, perfil bioquímico e pressão arterial, segundo o hábito de se alimentar em horários regulares.

Variável	Horário	Média±DP	Mediana	Mínimo	Máximo	p
Peso	Não	78,6 ± 26,9	74,9	51,4	120,0	0,034*
	Sim	71,7 ± 10,9	68,9	56,9	98,9	
Triglicerídeos	Não	118,10±66,31	103,5	43	284	0,007*
	Sim	86,72±46,86	75	26	244	
IMC	Não	25,28±4,29	24,65	17,1	35,6	0,010*
	Sim	23,41±3,33	23	18,7	34,4	
CC**	Não	89,32±11,36	87,5	70	119	0,001*
	Sim	82,5±9,2	81	68	108	
% gordura**	Não	25,04±5,88	24,55	7,7	38,8	0,040*

CC = circunferência da cintura; % gordura = percentual de gordura corporal;
** = resultado estatisticamente significante; ** = variáveis com distribuição normal;*
Teste t de Student: variáveis paramétricas; Mann-Whitney: variáveis não paramétricas.

De acordo com os resultados, o hábito de horários regulares para se alimentar teve maior influência sobre variáveis antropométricas do que sobre o perfil bioquímico. As médias de peso, IMC, circunferência da cintura e percentual de gordura corporal foram superiores entre os que relataram não ter horário regular de alimentação. Dentre as variáveis bioquímicas, apenas os valor médio de triglicerídeo foi estatisticamente superior para os indivíduos sem horários regulares para alimentação.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente trabalho demonstraram que a prevalência de obesidade encontrada em adultos jovens no município de Viçosa-MG é superior aos valores observados em outros estudos, com indivíduos de faixa etária semelhante, como 2,6% no estudo de Coelho *et al*. [xxi] e 7,8% no de Rabelo *et al*.[x], realizados no estado de São Paulo – Brasil, e próximo aos resultados da Pesquisa de Orçamento Familiar Brasileira (POF/ 2002-2003), que apresentou prevalência de 8,8 % de obesidade para adultos do sexo masculino da população brasileira[xxii].

Em relação à RCQ foi encontrado apenas 1 indivíduo com valor aumentado, no entanto, se considerássemos pontos de corte mais sensíveis como os sugeridos por Pereira *et al*.[xxiii] que propuseram, para homens, ponto de corte para o RCQ de 0,95, para prevenção de hipertensão arterial ou de Ferreira *et al*.[xxiv], que avaliando a acurácia dos indicadores

antropométricos de localização de gordura em homens saudáveis, indicaram 0,9 como o melhor valor para ponto de corte da relação cintura/quadril para predizer dislipidemias os resultados seriam 3% de indivíduos com RCQ de acordo com Pereira e colaboradores (95 cm) e 11%, segundo a proposta de Ferreira *et al*. (90 cm).

Quanto à análise do perfil lipídico, foram obtidos resultados semelhantes a outros estudos com indivíduos saudáveis da mesma faixa etária. Coelho *et al*.[xxi] avaliaram o perfil lipídico e fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes de medicina e obtiveram níveis alterados de colesterol, LDL e TG detectados em 11,8%, 9,8% e 8,5 % dos estudantes, respectivamente; e níveis reduzidos de HDL em 12,4 %. Da mesma forma, Rabelo *et al*.[x], estudando fatores de risco para doença aterosclerótica em adultos jovens numa universidade privada de São Paulo, observaram que 9,1 % e 16, 3% apresentavam níveis aumentados de colesterol total e triglicerídios, respectivamente, enquanto 7,6% apresentavam hipertrigliceridemia e 6,8% diminuição nos níveis de HDL. Martins *et al*. [25] concluíram que na população mais jovem, entre 29 e 39 anos, as proporções de HDL diminuem à medida que a idade aumenta, enquanto os demais componentes do perfil lipídico comportam-se de forma contrária.

A importante relação entre ingestão alimentar e estado nutricional tem sido descrita, amplamente na literatura. Mudanças nos hábitos alimentares e nos padrões de dieta da população têm levado à deficiência no consumo de vários nutrientes e aumento do consumo energético, o que favorece o aumento do excesso de peso corporal em toda população[xxvi].

Neste trabalho, a avaliação dietética baseou-se em registros alimentares de três dias. Segundo Lopes *et al*.[xxvii], independentemente do método escolhido para quantificar a ingestão alimentar, a obtenção de dados válidos e confiáveis em estudos epidemiológicos nutricionais é tarefa difícil, uma vez que não existe um método-ouro para avaliação da ingestão de alimentos e nutrientes, sendo que os utilizados estão sujeitos a variações e erros. Além da variabilidade proveniente do próprio método dietético, a mensuração da ingestão alimentar, pode estar sujeita a erros mesmo em condições ótimas de estudo. Portanto, a detecção de associações entre a ingestão alimentar e o risco de doenças, em estudos populacionais, é limitada justamente devido a esta dificuldade em mensurar, com precisão, o consumo de alimentos[xxviii].

Como qualquer método de avaliação dietética, o registro alimentar apresenta limitações e, especificamente neste trabalho, em que se estudou apenas indivíduos do sexo masculino, a principal dificuldade foi estimar as porções por falta de conhecimento de medidas. Dentre todos os avaliados, 93% preencheram e entregaram o registro alimentar conforme solicitado.

Apesar das limitações descritas acima, a relação entre dieta e estado nutricional, fica clara neste estudo, conforme se observa na Tabela 2, que descreve a correlação positiva entre a ingestão energética e as variáveis antropométricas. Esse resultado reafirma a importância da contínua investigação e discussão sobre os melhores instrumentos para avaliação do consumo energético e suas associações com os distúrbios nutricionais.

Quando se considera que o hábito alimentar inadequado, representado pela quantidade excessiva de alimentos consumidos, contribui para o balanço energético positivo e favorece a deposição de gordura corporal, é possível compreender o resultado não significante observado na comparação de valores médios de micro e macronutrientes entre os grupos de indivíduos com e sem excesso de peso corporal. Conforme mencionado anteriormente, entre todos os avaliados, sete não preencheram os registros alimentares solicitados, dentre estes, 5 eram classificados com excesso de peso corporal, sendo que, provavelmente, este fato interferiu o resultado.

Na tabela 3, comprova-se que "horários regulares para se alimentar", um princípio básico da boa alimentação, pode ser considerado fator protetor contra o excesso de peso corporal.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que por se tratar de uma amostra de adultos jovens, as prevalências de excesso de peso, percentual de gordura corporal elevado, adiposidade na região central, hipertensão arterial e dislipidemias são relevantes e constituem-se em fatores de risco para saúde dos indivíduos em estudo. Além disso, constatou-se que o alto consumo energético pode estar contribuindo para a determinação deste quadro e que apesar das limitações inerentes aos métodos de avaliação do consumo alimentar é possível, através destes, avaliar ingestão alimentar e analisar as correlações entre consumo energético e o estado nutricional dos indivíduos.

Os dados apresentados evidenciam a importância de se investir em medidas educativas, nesta faixa etária, no intuito de promover a adoção de hábitos saudáveis, e minimizar essas alterações bioquímicas e antropométricas, que podem comprometer a saúde atual e futura dos indivíduos.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo financiamento do projeto de pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(i) Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(3):698.

(ii) Carneiro G, Faria AN, Filho FFR, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG, Zanella MT. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. *Rev. Assoc. Med. Brás* 2003; 49(3):306-311.

(iii) Pitsavos C, Panagiotakos D, Chrysohoou C, Papaioannou I, Papadimitriou L, Tousoulis D, *et al*. The Adoption of Mediterranean diet attenuates the development of acute coronary syndromes in people with the metabolic syndrome. *Nutr Journal* 2003; 2 (1): 1-7.

(iv) Riccardi G, Rivellese AA. Dietary treatment of the metabolic syndrome: the optimal diet**.** *Br J Nutr* 2000 83 (Suppl 1):S143-S8.

(v) Ryan M, Mcinerney D, Owens D, Collins P, Johnson A, Tomkin GH. Diabetes and the Mediterranean diet: a beneficial effect of oleic acid on insulin sensitivity, adipocyte glucose transport and endothelium-dependent vasoreactivity. *QJM* 2000; 93(2): 85-91, 2000.

(vi) Barreto SM, Pinheiro A RO, Monteiro CA, Filho MB, Lotugo P, Assis AM et. al. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2005; 14(1): 41-68.

(vii) Organización Panamericana de la Salud. Schoeder & Martorell. *Deficiência Del crescimiento fetal e infantil, y obesidad y enfermedad crônica em la edad adulta: importância para América Latina.* In: La obesidad em la pobreza: um nuevo reto para salud pública. Washington, 2003

(viii) Lefant C, Savage PJ. The early natural history of atherosclerosis and hypertension in the young: National Institutes of Health Perspectives. *Am. J. Med. Scienc* 1995; 310 (suppl 1):S3-S7.

(ix) Komatsu A, Sakuri I. Pathobiological determinantes of atherosclerosis in younth (PDAY) re-

search group – A study of the development of atherosclerosis in Japan and the USA**.** *Pathol Intern* 1996; 46:541-7.

(x) Rabelo LM, Viana RM, Schimith MA, Patin RV, Valverde MA, Denadai RC, Cleary AP, Lemes S, Auriemo C, Fisberg M, Martinez TLR Risk Factors for Atherosclerosis in Students of a Private University in São Paulo – Brazil. *Arq. Bras. Cardiol* 1999;72(5):575-580.

(xi) Callegari – Jacques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações.* Porto Alegre: Artmed, 2003. 255p.

(xii) Jelliffe DB. *Evolución del estado de nutrición de la comunidad.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1968.

(xiii) World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic.* Geneva, 1998.

(xiv) Lohman TG. Assessing fat distribuition. In : *Advances in body composition assessment: current issues in exercise science. Illinois, human Kinetics.* Champaign, p. 57-63,1992

(xvi) Heyward VH, Stolarczyk L M. Método antropométrico. In: HEYWARD, V. H., STOLARCZYK, L. M. *Avaliação da composição corporal aplicada.* São Paulo: Manole, p. 73-98, 2000.

(xvi) Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol* 2001;77 (suppl.3):1- 48.

(xvii) Institute of Medicine. In: *Dietary References Intakes for energy, carboidrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids.* Washington, DC: The National Academy Press; 2002.

(xviii) Institute of Medicine. In: *Dietary References Intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc.* Washington, DC: The National Academy Press; 2001.

(xix) Institute of Medicine In: *Dietary References Intakes for vitamin C, vitamin E, Selenium and carotenoids.* Washington, DC: The National Academy Press; 2000

(xx) Institute of Medicine. In: *Dietary References Intakes calcium, phosphorus, magnesium, vitamina D and fluoride.* Washington, DC: The National Academy Press; 1997

(xxi) Coelho VG, Caetano LF, Júnior RDRL, Cordeiro JA, Souza DRS. Perfil lipídico e fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes de medicina. *Arq. Bras. Cardiol* 2005; 85(1): 57-62.

(xxii) Pesquisa de Orçamento Familira (POFS 2002/2003) disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002aquisicao/default.shtm. Acessado em 20/08/2008.

(xxiii) Pereira RA, Sichieri R, Marins VMR. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. *Cad. Saúde Pública* 1999 ;15(2): 333-344.

(xxiv) Ferreira, M.G.; Valente, J.G.; Gonçalves-Silva, R.M.V.; Sichieri, R. Acurácia da circunferência da cintura e da relação cintura/quadril como preditores de dislipidemias em estudo transversal de doadores de sangue de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública,* 2006; 22 (2):307-14.

(xxv) Martins IS, Coelho LT, Matos IMS, Mazzilli RN, Trigo M., Wilson D. Dislipidemias e alguns fatores de risco associados em uma população periférica da região metropolitana de São Paulo, SP — Brasil. Um estudo piloto. *Rev. Saúde Pública* 1989;23(3):236-243.

(xxvi) Maihara VA, Silva MG, Baldini VLS, Miguel AMR, Fávaro DIT. Avaliação Nutricional de die-

tas de trabalhadores em relação a proteínas, carboidratos, fibras alimentares e vitaminas. *Ciênc. Tecnol. Aliment* 2006; 26(3): 672-7.

(xxvii) Lopes ACS, Caiaffa WT, Mingoti AS, Lima-Costa MFF. Ingestão alimentar em estudos epidemiológicos. *Rev. Bras. Epidem* 2003;6(3).

(xxviii) Scaglius FB, Lancha Junior AH. Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. *Rev. Nutr. 2003;*16(4): 471-481.

LITERACIA EM SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

Luis Francisco Soares Luís[1] & Isabel Loureiro[2]

Resumo

Com o objectivo de contribuir para entender o nível de literacia em saúde dos consumidores e verificar a relação entre a literacia em saúde e o comportamento no consumo de alimentos (consumerismo), foi efectuada a validação de um inquérito por questionário que inclui a tradução para Português do *Newest Vital Sign, © (2008) Pfizer Inc. Used with permission* (NVS). Esta validação foi realizada com um grupo de 75 indivíduos (Moreira, 2004), com perfil semelhante ao da amostra de 384 indivíduos (Krejcie & Morgan, 1970) da região da Grande Lisboa à qual está ser actualmente aplicado. Os resultados desta validação indiciam a exactidão dos procedimentos já desenvolvidos permitindo ainda verificar tendências que estão de acordo com a bibliografia consultada.

Palavras-chave

Literacia em saúde; consumo de alimentos; educação e promoção de saúde.

INTRODUÇÃO

A relação entre a dieta e as doenças, no que respeita à Saúde Pública, é um aspecto central de preocupação.

A alimentação saudável é fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Muitas vezes considera-se que a alimentação é a única responsável pela saúde dos indivíduos, no entanto não devem ser desprezados factores biológicos, sociais, culturais, ecológicos, psicológicos, económicos e mesmo religiosos que actuam como determinantes ou condicionantes da saúde.

Está obsoleta a ideia tradicional de que uma dieta adequada, no sentido estrito, é a que proporciona nutrientes suficientes para assegurar a sobrevivência do indivíduo e que apenas satisfaz as necessidades metabólicas e elimina a sensação de fome. Nos dias de hoje temos de considerar a segurança alimentar e enfatizar o potencial de educação e da promoção da saúde no bem-estar e na redução dos riscos de doenças que os alimentos apresentam (Palou *et. al.*, 2004).

Segundo Gedrich (2003), o comportamento dos consumidores está enquadrado por determinantes de natureza variada, como por exemplo, os determinantes biológicos, antropológicos, económicos, psicológicos, sócio-culturais entre outros e estes são modelados em face da situação particular de cada indivíduo. Cada um dos determinantes atrás descritos pode servir de ferramenta para intervir junto dos consumidores e deste modo alterar ou influenciar os seus hábitos alimentares.

O processo da escolha de alimentos incorpora decisões que são baseadas em reflexos conscientes mas também em automatismos subconscientes (Furst *et. al.*, 1996) e está muitas vezes enquadrado em termos de expectativas de qualidade, anteriores à escolha, bem como da qualidade percebida após a mesma (Grunert, 2002).

Tendo em consideração o interesse que o consumidor de alimentos demonstra, as tendências no desenvolvimento dos novos produtos alimentares apontam para a preocupação com a saúde. Na categoria de novo produto alimentar cabem todos os produtos que constituem verdadeiramente inovação, assim como, aqueles aos quais

1. Instituto Piaget. **lluis@almada.ipiaget.org**
2. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. **isalou@ensp.unl.pt**

foram acrescentadas novas valias (ingredientes ou embalagens) e os alimentos étnicos ou não tradicionais (Duval & Bierre, 2002). As novas tecnologias sempre despoletaram sentimentos ambivalentes entre os consumidores e os alimentos resultantes da sua aplicação estão intimamente ligados com a nossa vida e a nossa saúde (Bäckström *et. al.*, 2003). O consumidor deve estar consciente da natureza e segurança dos produtos que adquire, prepara e consome. É assim fundamental a aposta na educação e na participação em actividades que desenvolvam os vários aspectos que estão relacionados com a saúde e a segurança alimentar. Surge cada vez mais entre os consumidores uma preocupação de consumo com impacte ecológico, não só do ponto de vista do próprio consumo (ex. embalagem reciclável), mas também na forma como os alimentos são produzidos, as condições de trabalho e respeito pelos produtores.

LITERACIA E LITERACIA EM SAÚDE

A educação é um dos campos fundamentais da Saúde Pública, juntamente com a investigação e as práticas dos serviços preventivos e curativos. A longo prazo é na educação que reside a chave para a redução das enfermidades relacionadas com os erros alimentares (Medeiros *et.al.*, 2004). A educação em saúde e as actividades de comunicação constituem dois aspectos fundamentais para a obtenção de uma ferramenta de promoção de saúde. A melhoria da literacia em saúde constitui, não só um aumento na transmissão de informações, mas também o desenvolvimento de competências que são fundamentais para o *empowerment* dos indivíduos (Nutbeam, 2000). São aspectos como estes que reforçam a ideia de que a educação alimentar é um aspecto cada vez mais importante na dimensão educacional dos jovens, e da população em geral, tendo em vista o alcançar dos objectivos da Saúde Pública. Muitas vezes, o processo de educação resulta de acções transdisciplinares e pode implicar conceitos que são estranhos para a grande maioria dos consumidores. É função de todos os actores desta área proporcionar informação de forma acessível e compreensível, uma vez que é da acção conjunta entre os cientistas relacionados com a "natureza" e os que estão relacionados com o "social" que resulta essa abordagem transdisciplinar que poderá trazer novos desenvolvimentos para a Saúde Pública (Fischer *et. al.*, 2005).

Ganha assim importância o conceito de literacia em saúde que é considerada a capacidade que o indivíduo tem para obter, interpretar e compreender a informação básica de saúde e serviços, numa perspectiva de promoção da saúde (Sihota & Lennard, 2004). De acordo com os mesmos autores a literacia em saúde significa mais do que ser capaz de transmitir informação; Implica também a aquisição de competências para adquirir essa informação e aplicá-la com sucesso à sua própria realidade. Segundo Nutbeam (2007), a literacia em saúde é um conjunto de competências individuais que podem ser agrupadas em quatro domínios, são eles o conhecimento cultural e conceptual, a capacidade de ouvir e falar, a capacidade de escrever e ler e por fim a numeracia. Considerando estas competências e mantendo o foco nas capacidades individuais, o mesmo autor considera que a literacia em saúde pode ser desenvolvida (podendo também regredir) através de intervenções ao nível educacional, estando no entanto sujeita ao contexto especifico e às interacções entre o indivíduo e o meio que o rodeia.

A educação dos indivíduos constitui um factor preponderante em termos de Saúde Pública e a literacia em saúde não pode estar dissociada da própria literacia. O incremento da literacia em saúde é da responsabilidade de sectores tão diversos como o educativo, o de saúde e o da cultura por exemplo. Rootman (S.d.) e Bakker (1999) referem que as definições de literacia podem representar diferentes perspectivas deste conceito, que vão desde o simples compreender da palavra escrita, utilizando-a no dia a dia, até à utilização da linguagem em associação à escrita e a numeração, o mesmo acontece com as diferentes definições de literacia em saúde, que vão desde a compreensão do material

escrito num contexto de cuidados de saúde, até à utilização de capacidades num contexto mais amplo. Nutbeam (2000) classifica a literacia em saúde em três grandes tipos: (i) a literacia em saúde funcional que tem por objectivo a obtenção de informação factual sobre a utilização de serviços e informação relacionada com os riscos de saúde; (ii) a literacia em saúde interactiva, que visa o desenvolvimento das competências pessoais no âmbito de uma envolvente capaz de dinamizar a acção independente do indivíduo na melhoria da motivação e autoconfiança no que respeita à saúde; (iii) a literacia em saúde crítica com o consequente *empowerment* do indivíduo e da própria comunidade através da utilização do conhecimento dos determinantes de saúde tendo por objectivo as mudanças que proporcionem melhorias na saúde.

De acordo com este autor, a literacia em saúde está fundamentalmente dependente dos níveis de literacia básica, estando o seu desenvolvimento relacionado com a educação, transmissão e "tradução" da informação de saúde, assim como em aspectos de politicas de educação e de redução de barreiras estruturais na saúde.

Rudd (2007) considera que os indivíduos que apresentam maiores competências em literacia geral têm maior probabilidade de apresentar maior literacia em saúde.

LITERACIA, LITERACIA EM SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

O indivíduo deve utilizar a literacia de modo tornar-se num cidadão activo. Esta literacia irá conferir-lhe competências-chave em aspectos tão fundamentais como a tomada de decisões e responsabilização cívica e pessoal, assim como, numa abordagem consumerista perante a sociedade de consumo onde se insere (Universität Zürich, 2007). Esta utilização da literacia, nomeadamente da literacia em saúde, irá consistir numa consciencialização da importância, a nível pessoal e colectivo, das decisões tomadas e consequente *empowerment* do indivíduo nos domínios da promoção da saúde e na sua relação com a vida diária (Kickbusch, 2007). A literacia em saúde dá ao indivíduo a capacidade de aceder, compreender e agir quando confrontado com informação referente a aspectos de saúde (Kondilis, 2007).

No que respeita à alimentação pode-se mesmo falar de uma literacia alimentar (Wiserearth, s.d), que se refere ao nível em que um individuo é capaz de obter, processar e compreender informação básica sobre a alimentação de modo a fazer decisões de saúde apropriadas. A literacia alimentar inclui a compreensão da informação contida nos rótulos e conhecimentos de nutrição.

Existem muitos factores que podem contribuir para a compreensão dos aspectos nutricionais e os hábitos de alimentação saudável. Boehl (2007) e Hearty et. al. (2007), consideram que a linguagem é um factor primordial juntamente com a forma como a informação nutricional é comunicada. A diminuta proficiência numa língua constitui uma barreira para a comunicação mesmo para os indivíduos, que dominando a língua, apresentam baixos níveis de literacia, o que por sua vez pode ter um impacto nas escolhas alimentares e na compreensão dos termos relacionados com a dieta e a saúde em geral. No caso dos alimentos, uma das ferramentas essenciais para a promoção da literacia do consumidor reside na sua rotulagem. Os consumidores reconhecem que a informação nutricional constante no rótulo das embalagens dos alimentos é uma fonte de conhecimentos que lhes permite ajudar a melhorar a sua saúde (Borra, 2006). A complexidade dos termos escolhidos e a forma utilizada na comunicação da informação podem constituir barreiras para a compreensão dessa mesma informação (Shohet, 2007). Assim, não basta educar e informar sobre a leitura dos rótulos, é também fundamental tornar a rotulagem acessível ao consumidor em geral (Reinberg, 2007).

Lin *et. al.* (2004) consideram mesmo que a rotulagem nutricional tem por objectivo

promover e proteger a Saúde Pública ao proporcionar informação sobre nutrientes de modo a que os consumidores possam fazer escolhas informadas.

Segundo Boehl (2007), muitos indivíduos consideram os rótulos como fonte primária de informação sobre o que consta no produto e do seu impacto em termos nutricionais. Nos alimentos com alegações de saúde, a linguagem utilizada, a literacia e a comunicação são factores que podem afectar o nível de literacia em saúde.

Não é apenas na selecção de alimentos, baseada na informação nutricional, que a compreensão dos rótulos se revela fundamental. Esta informação é vital para indivíduos que seguem recomendações dietéticas, nomeadamente os que sofrem de doenças crónica tais como a hipertensão, diabetes ou obesidade (Rothman *et. al.*, 2006). O facto desta informação estar disponível não constitui por si só uma certeza da instituição e manutenção de alterações no comportamento de saúde, Lappalainen *et. al.* (1998), referem que grande parte dos europeus consideram não necessitar de alterar os seus hábitos alimentares, por serem suficientemente saudáveis, verificando ainda que os indivíduos com baixa literacia mostram-se mais renitentes em alterar os seus hábitos do que aqueles que apresentam um nível de estudos universitário. Conner & Norman (1995), referem que os indivíduos que acreditam ter um controlo efectivo sobre a sua saúde apresentam uma maior apetência por hábitos que são promotores de saúde com a consequente melhoria da mesma. Parece assim, que a consciencialização da relação entre os hábitos saudáveis e o bem-estar é fundamental.

Cada vez mais é notória a dificuldade que os jovens apresentam em compreender a alimentação e a sua relação com os aspectos de saúde, apesar do aumento do esforço de sensibilização desta matéria, como é ilustrado pelo aumento da incidência da obesidade nestes grupos etários. Cabe pois, aos pais e também aos educadores o papel dinamizador de hábitos e atitudes saudáveis (Hawthorne *et al.*, 2006), mas a responsabilidade nesta matéria não se esgota nestes dois agentes de intervenção, a escola e o próprio Estado têm cada vez mais um papel fundamental na promoção da saúde e de uma alimentação saudável.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho pretende apresentar a adaptação e validação do NVS como instrumento de medição da Literacia em saúde para a língua Portuguesa.

Com o objectivo de garantir a adequação do processo de adaptação, procedeu-se à validação do questionário num grupo de 75 indivíduos, com capacidade visual suficiente para ler o instrumento e funções cognitivas que permitam a interacção com o entrevistador.

Este grupo é residente na região da Grande Lisboa, com mais de 15 anos, idade a partir da qual se considera haver um comportamento próprio de consumidor (Karsaklian, 2004) e com perfil semelhante ao da amostra do estudo mais alargado que envolverá 348 indivíduos dos 18 concelhos da mesma região, respeitando a proporcionalidade indicada pelo Census 2001.

Do ponto de vista de género e grupo etário este grupo foi distribuído como descrito no quadro 1.

Quadro 1. Número de questionários por género e grupo etário

	Número de questionários	
Grupo etário	Sexo masculino	Sexo feminino
15-24	6	6
25-44	13	13
45-64	11	12
65 ou mais	6	8

Foi elaborado um questionário dividido em cinco dimensões: (i) caracterização da amostra (4 questões); (ii) literacia de saúde (NVS); (iii) consumo consciente de produtos alimentares (8 questões); (iv) consciência ecológica no consumo de produtos alimentares (7 questões); (v)preocupação com aspectos de saúde (2 questões), que possui três vertentes metodológicas: (i) análise do aspecto demográfico da amostra em estudo baseando-se na metodologia qualitativa; (ii) análise dos aspectos referentes ao consumo consciente de produtos alimentares, consciência ecológica no consumo de produtos alimentares e preocupação com a Saúde baseando-se na metodologia quantitativa; (iii) na versão Portuguesa do NVS, que consiste numa ferramenta com a qual se fornece aos inquiridos uma série de informações relacionadas com a saúde, nomeadamente a informação nutricional constante de um rótulo, devendo estes fazer a demonstração das suas capacidades de utilização dessa informação respondendo a questões. De acordo com Weis et.al (2005), os inquiridos que respondam de forma correcta a 0-1 questões apresentam 50% ou mais de probabilidade de literacia limitada, 2 a 3 questões indica possibilidade de literacia limitada, 4 ou mais questões demonstram níveis elevados de literacia. Este instrumento coloca grande ênfase na utilização de aptidões na análise de números e conceitos matemáticos englobando a literacia e numeracia.

RESULTADOS

A validação efectuada teve por objectivo verificar o grau de percepção e entendimento dos conteúdos das questões. Verificou-se não existir dificuldades, pelo que, no que diz respeito ao *Newest Vital Sign©, (2008) Pfizer Inc. Used with permission*, temos a indicação que a tradução, efectuada por dois tradutores, e que resultou numa versão final harmonizada, está adequada.

Foi também utilizado o teste estatístico α de Cronbach como indicador de consistência interna entre questões da mesma dimensão. Verificaram-se valores de α=0.8 para a dimensão "Consumo consciente de produtos alimentares" e de α=0.7 para a dimensão "Consciência ecológica no consumo de produtos alimentares". Este indicador não foi aplicado às dimensões "caracterização da amostra" (idade, género ou habilitações por exemplo) e "preocupação com aspectos de saúde" por estas apenas indicarem características que não implicam consistência. A dimensão "literacia em saúde" é medida pelo NVS.

Os resultados obtidos vão de encontro ao referenciado por outros autores (Nutbeam (2000), Hearty *et. al.* (2007) e Rudd (2007)), verificando-se uma correlação estatisticamente significativa (p=0,01) entre o nível de literacia geral e o nível de literacia em saúde, ou seja, quanto maior o nível de literacia geral (escolaridade) maior o nível de literacia em saúde demonstrado.

Verifica-se também uma correlação estatisticamente significativa (p=0,05) entre os indivíduos que consideram perceber a informação que consta no rótulo de um alimento e

o nível de literacia em saúde, ou seja, os inquiridos que declararam perceber a informação contida no rótulo de um alimento são os que também apresentam um maior nível de literacia de saúde.

É de salientar ainda a relação estatisticamente significativa (p=0,05) encontrada entre o nível de escolaridade e a apetência pelo consumo de novos alimentos. O que parece indicar uma maior expectativa de que os novos produtos (alguns dos quais com alegações de saúde) possam ser promotores da sua saúde.

Não parece haver relação entre factores como a idade, o género, o rendimento ou a atitude consumerista e a literacia em saúde.

CONCLUSÕES

Os resultados até agora compilados são encorajadores e revelam um conjunto de dados que indiciam a exactidão dos procedimentos já desenvolvidos.

A principal mais-valia deste trabalho resulta da adaptação e validação do NVS para a língua portuguesa o que irá constituir um importante instrumento para a avaliação da literacia em saúde da população portuguesa, assim como uma ferramenta que permite efectuar contributos em áreas tão importantes como a educação, formação e informação do consumidor.

BIBLIOGRAFIA

Bäckström, A., Pirtillä-Backman, M., & Tuorila, H. (2003). Dimensions of novelty: a social representation approach to novel foods. *Appetite, n.º40,* pp.299-307, Elsevier Science

Bakker, D.J.G. (1999). Consumer behaviour and attitudes towards low-calorie products in Europe, *World Rev. Nutr. Diet, Vol.85*, pp.146-158, Basel, Ed. Cortri A

Boehl, T. (2007), Linguistic Issues and Literacy Barriers in Nutrition. *Journal of the American Dietetic Association, March*, pp.382-383, American Dietetic Association

Borra, S. (2006). Consumer perspectives on food labels. *The American journal of Clinical Nutrition, 83(suppl), 1235S*

Conner, M., & Norman, P. (1995). Predicting health behaviour, *Open University Press, Buckingham, Philadelphia*

Duval, Y., & Bierre, A. (2002). Product diffusion and the demand for new food products. *Agribusiness, Vol.18 (1)*, pp.23-36, Wiley Periodicals Inc

Fischer, A.R.H., *et al*. (2005). Improving food safety in the domestic environment: The need for a Transdisciplinary Approach, *Risk Analysis, Vol.25 N3*; pp.503-517, Society for Risk Analysis

Furst, T. *et al*. (1996). Food choice: A conceptual model of the process, *Appetite, n.º26, pp.247-266, Academic Press Limited*

Gedrich, K. (2003). Determinants of nutritional behaviour: a multitude of levers of successful intervention?, *Appetite, n.º41*, pp.231-238, Elsevier Science

Grunert, K.G. (2002). Current issues in the understanding of consumer food choice, *Trends in Food Science and Technology, n.º13*, pp.275-285, Elsevier Science

Hawthorne, K.M. *et al*. (2006). An educational program enhances food label understanding of young adolescents, *Journal of the American Dietetic Association, Vol.106, June*, pp.913-916, American Dietetic Association

Hearty, Á.P. *et al*. (2007). Relationship between attitudes towards healthy eating and dietary behaviour, lifestyle and demographic factors in a representative sample of Irish adults, *Appetite, 48*,

pp1-11, Elsevier Science

Karsaklian, E. (2004). Comportamento do consumidor, *2.ª Edição, São Paulo, Editora Atlas*

Kickbusch, I. (2007). Invest in Health literacy: enabling choises for health in modern societies, Comunicação apresentada no simposio "Health Literacy: Learning to Lead us Forward" em Junho no International Union for Health Promotion and Education Conference in Vancouver British Columbia.

Kondilis, B. (2007). Health Literacy Research in Greecce & the EU, Comunicação apresentada no simposio "Health Literacy: Learning to Lead us Forward" em Junho no International Union for Health Promotion and Education Conference in Vancouver British Columbia

Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities.

Educational and Psychological Measurement, *(30)*, pp. 607-610

Lappalainen, R., & Kearney, J., & Gibney, M. (1998). A PAN EU survey os consumer attitudes to food, nutrition and health: an overview, *Food quality and Preference, Vol.9, n.º6*, pp. 467-478, Elsevier Science

Lin, C.J., & Lee, J., & Yen, S.T. (2004). Do dietary intakes affect search for nutrient information on food labels?, *Social Science & Medicine, 59*, pp. 1955-1967, Elsevier Science

Medeiros, L.C. *et al*. (2004). Design and Development of Food Safety Knowledge and Attitude Scales for Consumer Food Safety Education, *Journal of the American Dietetic Association*, pp 1671-1677, American Dietetic Association

Moreira, J.M. (2004). Questionários: teoria e prática, *Coimbra, Edições Livraria Almedina*

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International, vol.15, n.º3*, pp.259-267, Oxford University Press

Nutbeam, D. (2007). Health literacy What do we know? Where do we go?, Comunicação apresentada no simposio "Health Literacy: Learning to Lead us Forward" em Junho no International Union for Health Promotion and Education Conference in Vancouver British Columbia.

Palou, A., & Picó C., & Bonet, M.L., (2004). Food safety and functional foods in the European Union: Obesity as a paradigmatic example for novel food development, *Nutrition Reviews, vol.62, n.7 July,* pp.169-181

Reinberg, S. (2007). Nutrition Labels Confuse Consumers, consultado a 11 de Dezembro de 2007 na World Wide Web: http://myhealth.chh.org/healthyliving/nutrition/aug07labels.htm

Rootman, I. (s.d). Critical Issues in Literacy and Health, Literacy Across the Curriculumedia *Focus, vol.17, n.º2*, pp. 8-10

Rothman, R.L. *et al*. (2006). Patient Understanding of Food Labels: The role of Literacy and Numeracy, *American Journal of Preventive Medicine, 31(5)*, 391-398

Rudd, R.E. (2007). Illuminating the Pathways from Literacy to Health Outcomes, Comunicação apresentada no simposio "Health Literacy: Learning to Lead us Forward" em Junho no International Union for Health Promotion and Education Conference in Vancouver British Columbia.

Shohet, L. (2007). Health Literacy in Practice: Challenges and Opportunities, Comunicação apresentada no simposio "Health Literacy: Learning to Lead us Forward" em Junho no International Union for Health Promotion and Education Conference in Vancouver British Columbia.

Sihota, S. & Lennard, L. (2004). Health Literacy being able to make the most of health, National Consumer Council, London

UNIVERSITÄT ZÜRICH (2007). Swiss Health Litracy Survey: model for a European Survey?,

Comunicação apresentada no simposio "Health Literacy: Learning to Lead us Forward" em Junho no International Union for Health Promotion and Education Conference in Vancouver British Columbia

WEISS, B.D. *et al*. (2005), Quick Assessment of Literacy in Primary care: The Newest Vital Sign, Annals of Family Medicine, Vol. 3, N.º 6, November/December

Wiserearth, (s.d.), Food Literacy, consultado a 08 de Agosto de 2007 na World Wide Web: http://www. Wiserearth.org/aof/191

"O CALDO DE PEDRA" – INTERFACES ENTRE LITERATURA INFANTIL E CIÊNCIA

Ângela Balça[1] & Marília Cid[2]

Resumo

Apesar das linguagens e métodos próprios de cada área, o diálogo entre a literatura e a ciência pode permitir perspectivas novas de análise e o emergir de sentidos que poderão resultar numa apreensão mais global do conhecimento (Galvão, 2006). O pensamento holístico, não parcelar e complexo, é hoje entendido como imprescindível a uma análise da nossa vida actual, ajudando a dar coerência à realidade diversa e amalgamada que nos rodeia. Na educação pré-escolar e no 1.º ciclo do ensino básico, fruto do regime de monodocência, a literatura infantil e a ciência caminham, muitas vezes, de mãos dadas, numa perspectiva globalizante. Assim, e sabendo nós da importância e da presença da literatura infantil nestes contextos, podemos encará-la como uma ponte entre a literatura e a ciência. Neste sentido, pretendemos debruçar-nos sobre alguns textos de literatura infantil, que piscam o olho às questões da educação para a saúde, e em particular aos problemas da educação alimentar.

Palavras-chave

Literatura infantil; ciência; educação alimentar.

LITERATURA E CIÊNCIA

Ciência e literatura, embora ligadas a dimensões diferentes do conhecimento, pertencem à mesma busca imaginativa humana, pois ambas buscam alimento na criatividade e na imaginação. Ambas se constituem como formas de reflexão sobre o mundo, no sentido de procurar entendê-lo, propondo não a verdade mas possibilidades de verdade.

Nesse sentido, e apesar de cada área possuir linguagens e métodos próprios, consideramos que o diálogo entre a literatura e a ciência pode permitir perspectivas novas de análise e o emergir de sentidos que poderão resultar numa apreensão mais global do conhecimento (Galvão, 2006).

O sistema de ensino português tem uma tradição de grande compartimentação e de fronteiras bem definidas entre ciências e humanidades, sendo os momentos de comunicação e diálogo pontuais e esporádicos. As disciplinas nos ensinos básico e secundário tendem a abordar os temas de forma monodisciplinar e, de maneira geral, a comunicação não se estabelece, ficando a abordagem das matérias confinada à lógica inerente a cada área.

O pensamento holístico, não parcelar e complexo, é hoje entendido como imprescindível a uma análise da nossa vida actual, ajudando a dar coerência à realidade diversa que nos rodeia.

As pontes entre as ciências e as humanidades são, deste modo, cada vez mais assinaladas, tendo como ponto de partida uma ou outra perspectiva. Assim, a valorização da imaginação e da criatividade na geração de hipóteses científicas tem sido comparada à criação de uma obra de arte ou de um poema e a literatura tem abordado os mais variados temas da ecologia, biologia, física, matemática, saúde.

Se bem que a linguagem científica e a literária sejam diferentes, é essa diferença que

1. Universidade de Évora/Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora. **apb@uevora.pt**
2. Universidade de Évora/Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora. **mcid@uevora.pt**

interessa analisar e verificar se nos permite novas perspectivas de conhecimento quando postas em interacção.

Este é um desafio para o qual pode contribuir a literatura infantil, se a quisermos encarar como uma ponte entre a literatura e a ciência. Na verdade, na educação pré-escolar e no 1.º ciclo do ensino básico, fruto do regime de monodocência, a literatura infantil e a ciência caminham, muitas vezes, lado a lado, numa perspectiva globalizante. A língua materna, a leitura, e por que não a literatura, configuram-se como transversais a todo o currículo, sendo por demais conhecidos os estudos que evidenciam a forte relação estabelecida entre o bom desempenho dos alunos ao nível da língua materna e o seu sucesso escolar em todas as áreas do saber.

A literatura infantil pode então ser um bom recurso pedagógico ao alcance dos profissionais da educação de infância e do 1.º ciclo do ensino básico, porque ela encerra simultaneamente uma função lúdica, uma função estética, mas também uma função formativa.

Na verdade, para estas faixas etárias a literatura infantil permite às crianças o contacto com o maravilhoso, com o humor, e com usos lúdicos da língua, que possibilitam jogos linguísticos e literários, marcados muitas vezes pela irreverência e pelo inusitado.

A literatura infantil configura-se também como um objecto estético, permitindo à criança o convívio com outras linguagens, a literária e a plástica, que abandonam o estereótipo e lhes apresenta um outro modo de olhar e de representar o real.

Porém a literatura infantil encerra ainda uma função formativa, não só no que diz respeito aos valores literários e estéticos, mas também aos valores sociais e culturais, mostrando à criança o mundo, as suas gentes, os seus problemas, e propondo-lhe simultaneamente um envolvimento que lhe permite uma constante busca fruitiva de novos significados.

Entendemos que é esta capacidade de representar o real, mas também de potenciar o sonho, que pode unir a literatura e a ciência, permitindo às crianças, a partir de um texto literário fazer descobertas e intervir no mundo que as rodeia.

A HORA DA SOPA

Desde sempre a literatura tradicional apresentou nas suas páginas referências à alimentação ou à falta dela. Apenas a título de exemplo recordamos os contos *O Polegarzinho* e *Hansel e Gretel*, nas suas diversas versões, em que a pobreza e a consequente falta de alimentos levou a que os pais abandonassem os respectivos filhos na floresta, à sua sorte.

Em *Hansel e Gretel,* os dois irmãos famintos não resistem à visão da casa da bruxa, toda construída e decorada com as mais apetitosas guloseimas, que os atraiu desde logo. Deste modo, e apenas a título de exemplo, vejamos como a casa da bruxa é descrita em duas versões deste conto.

Na versão intitulada *Hansel e Gretel,* traduzida por Maria José Costa para a obra *Os mais belos contos de Grimm*, editada pelo Círculo de Leitores, os irmãos "Ao aproximarem-se, viram que a casa era feita de pão, com telhado de bolachas de chocolate e as janelas de açúcar cristalizado." (Grimm, 1992, p.35).

Mais recente é a versão editada pela Kalandraka, intitulada *A casinha de chocolate*, em que a casa da bruxa "Era toda feita de bolo, tinha o telhado de chocolate, e as janelas de caramelo" (Grimm, 2008).

Sem querermos entrar por campos que fogem ao âmbito deste texto, não podemos

deixar de assinalar que o título desta última versão mencionada não nos remete para os dois irmãos, mas sim para a casa da bruxa, e certamente para o que ela representa para o imaginário infantil, neste caso em particular, ao nível da alimentação.

Ainda na literatura tradicional, encontramos alusões à sopa, um dos alimentos mais completos da cultura mediterrânica, de acordo com vários nutricionistas, mas também, eventualmente, um dos mais detestados pelas crianças.

Assim, no conto *O coelhinho branco*, quer na recolha de Adolfo Coelho quer na reescrita de António Torrado, faz-se referência à ida do coelhinho à horta, com o objectivo de ir "buscar umas couves para fazer um caldinho" (Torrado, 1977, p. 2).

Do mesmo modo, no conto *O caldo de pedra*, recolhido por Teófilo Braga, encontramos uma narrativa que gira em redor da confecção de uma sopa, considerada hoje uma sopa tradicional, presente tanto em múltiplos estabelecimentos de restauração como nas casas de muitos portugueses. Curioso, mais uma vez, é o facto desta sopa ter sido preparada com muita astúcia pelo frade, que pedia esmola para matar a fome, remetendo-nos, como em tantos contos da literatura tradicional, para a carência de alimentos, e consequente situações de fome.

Actualmente, na literatura infantil, continuamos a encontrar obras que dedicam as suas páginas à sopa, fundamental para uma alimentação equilibrada entre as crianças e os adultos. Neste estudo, vamos debruçar-nos sobre os textos *O caldo de pedra*, numa reescrita assinada por Maria Teresa Santos Silva e ilustrada por José Miguel Ribeiro; *Come a sopa, Marta!*, da autoria de Marta Torrão, obra galardoada com o Prémio Nacional de Ilustração no ano de 2004; e *ssschlep*, da dupla Eugénio Roda e Gémeo Luís.

A obra *O caldo de pedra* apresenta-se como uma recriação do conto tradicional com o mesmo título, mas reescrito em quadras, com recurso ao diálogo, onde a rima, o ritmo, e o tom coloquial marcam presença forte. De notar o emprego de vocabulário mais arcaico, que se por um lado aproxima a narrativa de um potencial tempo passado, onde possivelmente se desenrolariam acções semelhantes, por outro lado exige uma atenção maior do adulto mediador, na compreensão de vocábulos como finório, labor, unto, almotolia, alforge, entre outros.

A sequência desta narrativa obedece à narrativa tradicional, onde um frade caminha de porta em porta em busca de uma refeição. Como não alcançou essa esmola em nenhum lar, o frade, que era finório, lançou um desafio aos habitantes da aldeia, afirmando que com uma pedra da calçada seria capaz de confeccionar uma sopa. A partir daqui, e sem que os seus interlocutores se apercebam, o frade consegue que eles lhe dêem todos os ingredientes necessários para cozinhar um caldo, demonstrando-lhes, após degustar tão saborosa sopa, como a pedra era o isco para matar a fome.

Muito expressivas afiguram-se-nos as ilustrações, na recriação de um ambiente ligado ao passado e à ruralidade, não só nas tonalidades pastel, nas formas redondas, sobretudo nas que sugerem um frade gordo e careca, próximo do estereótipo deste tipo social, mas também na recriação da aldeia, do interior da habitação e das alfaias da cozinha, utilizadas na confecção do caldo.

Verdadeiramente interessante e original é ainda a sequência da elaboração da sopa, proposta igualmente pelas ilustrações, ao longo de 8 páginas do livro, numa interacção íntima entre o texto verbal e o texto icónico. Assim, à medida que o frade solicita aos seus interlocutores os utensílios de cozinha e os ingredientes para confeccionar a sua sopa, na parte de cima da página surge esse objecto desenhado, com o seu nome grafado por baixo, numa gradação assinalada pelo sinal + (mais), que culminará na receita da sopa da pedra. Cremos que este recurso ilustrativo se afigura como uma mais valia para as crianças, pela sua singularidade e pela possibilidade de lhes permitir o desafio de uma eventual

confecção do caldo, com o auxílio do adulto mediador.

Nas obras *Come a sopa, Marta!* e *ssschlep* surge-nos, de novo, agora em narrativas de autor, actuais, a rotina familiar de muitas crianças em redor da refeição, e muito particularmente, à volta da sopa.

Comecemos então a análise das obras pelos seus paratextos, uma vez que, de acordo com Lluch (2005, p.88), são os paratextos que convertem o texto em livro e o propõem como tal, em primeiro lugar, ao público, e só depois ao leitor. Segundo a mesma autora, paratextos são todos os elementos do livro ou de fora deste, mas que a ele se referem, e que não são o relato (Lluch, 2006, p. 217), configurando-se estes paratextos como uma fonte de informação sobre a obra.

A capa do livro é a primeira coisa que o comprador vê, sendo esta o paratexto que mais informação contém (Lluch, 2005, p. 91). O título da obra dirige-se ao comprador e cumpre diferentes funções sendo uma delas a identificação, pois a obra adquire a sua identidade a partir do título (Lluch, 2006, p. 220).

Deste modo, ao debruçarmo-nos sobre as capas das obras em questão, o título das mesmas chama de imediato a nossa atenção. Ambos os títulos nos remetem para situações bem conhecidas das nossas crianças, no que diz respeito à hora de comer a sopa.

Assim, o título *Come a sopa, Marta!*, associado à ilustração presente na capa, remete-nos explicitamente para uma expressão e para uma situação bem comuns no quotidiano familiar, onde, com maior ou menor insistência, os adultos instam para que as crianças comam a sopa. De notar ainda, ao nível da ilustração, a tonalidade esverdeada da capa, contracapa, guardas e página de rosto e a cor verde da sopa, numa associação cromática com os vegetais que os pequenos leitores mais tendem a rejeitar.

Se os elementos paratextuais, presentes na capa do livro, nos deixam antecipar a temática da obra, os dados da contracapa confirmam as nossas perspectivas, na frase "Uma história para meninas e meninos que não gostam de sopa." (Torrão, 2004, contracapa).

Já o título *ssschlep,* mesmo que associado à ilustração da capa, que nos remete para uma mesa e uma cadeira, não é certamente tão explícito em relação à história encerrada neste livro. No entanto, se nos socorrermos dos elementos paratextuais presentes na contracapa e nas guardas do livro, como por exemplo, "Haverá mil e uma maneiras de comer e fazer comer a sopa." (Roda, 2006, contracapa), ou "A sopa tem (in)justamente a fama de ser uma espécie de contratempo. Pode demorar entre uns minutos e uma hora, *a hora da sopa*" (Roda, 2006, guardas), podemos possivelmente antecipar a temática da história e interpretar a palavra "ssschlep*"* como uma expressão de aceitação das crianças em relação a este alimento. De notar ainda, o aspecto tricromático desta obra, numa alternância entre o branco, o preto e o verde, este último presente na capa, nas guardas, na página de rosto e nas letras que compõem o texto verbal, de novo numa sugestão cromática às hortaliças tão temidos pelas crianças.

Na obra assinada por Marta Torrão, surge-nos uma cena quotidiana, naturalmente semelhante à de tantos pequenos leitores, na qual a Marta é instada pela mãe a comer a sopa, não só através de expressões facilmente reconhecidas e associadas a esta situação, como "É para comer tudo até ao fim!" (Torrão, 2004), ou "Acorda Marta! Esta menina adormece sempre na hora de comer…" (Torrão, 2004), ou ainda "Mãe…Só quando comeres tudo!" (Torrão, 2004), como através de subterfúgios que auxiliam os adultos a resolver estes conflitos, como a utilização de um prato diferente do habitual, "Desta vez o prato era diferente, tinha um buraco que estava tapado por uma espécie de rolha e quando era abanado fazia barulho." (Torrão, 2004).

Muito interessante é a componente pictórica deste livro, numa interacção permanente

entre o texto verbal e o texto icónico. Na verdade, as intervenções da mãe de Marta, pautadas sempre por uma certa impaciência, apresentam um tipo de letra diferente, maior e de cor vermelha, corroborando o estado de alma da figura materna. Acompanhando o texto verbal e as letras que o compõem, as ilustrações mostram-nos uma figura materna gradativamente mais irritada, uma vez que se a primeira figura se nos apresenta com um olhar agastado, mas com a boca numa posição normal, já a ilustração seguinte mostra apenas uma boca enorme, como que a gritar, e uma figura mais pequena a cair, numa alusão ao susto que a Marta deve ter sentido ao acordar do seu torpor com o berro da mãe. As seguintes ilustrações da figura materna seguem esta mesma lógica, pois a acção passa-se noutro dia. Assim, num primeiro momento surge-nos a mãe com as mãos nas ancas, para, no momento seguinte, aparecer a mãe de dedo em riste, dando a sua ordem.

Muito curiosa, nesta obra, é a posição da protagonista em relação à sopa, aliás em tudo idêntica à dos pequenos leitores, que se identificarão facilmente com a personagem. A relação de Marta com a sopa é-nos dada através de sensações visuais, olfactivas, gustativas e mesmo tácteis, expressas pelo texto verbal e pelo texto icónico, sensações estas que podem mesmo provocar no leitor nojo pela sopa.

Assim a sopa é descrita como sendo uma papa verde, com cheiro, composta por ervilhas e cenouras, e que a determinada altura já "tinha começado a ficar com bocadinhos duros à volta do prato" (Torrão, 2004), pelo que a Marta tentou engolir a primeira colherada, deitando, no mesmo instante, fora tudo aquilo que não comeu. O texto icónico mostra-nos sempre uma sopa verde escura e, nalgumas ilustrações, uma Marta a tapar o nariz com uma mola da roupa, ou com o cabelo cheio de sopa, ou a cuspir a papa verde.

Após ter engolido a sopa de rajada e de olhos fechados, motivada pela curiosidade em descobrir o que estava no fundo do prato novo, a relação de Marta com a sopa não se modificou, terminando a narrativa com a sua pergunta desalentada "Agora que já conheço o Chico, como é que vou comer a sopa amanhã?" (Torrão, 2004), deixando antever o calvário quotidiano para pais e filhos da hora da refeição.

Na obra de Eugénio Roda e Gémeo Luís, voltamos a encontrar a cena familiar, diária, da hora da refeição, mais propriamente da hora de comer a sopa. A relação do protagonista com a sopa é igualmente marcada pela recusa deste alimento "O pai pôs a mesa, a mãe pôs a sopa na mesa, o filho pôs-se à mesa a dizer que não queria a sopa." (Roda, 2006), ao que os pais respondem com as já habituais expressões de carácter imperativo, num registo com o qual os pequenos leitores se identificarão muito facilmente "E a mãe começou: - Tens que a comer…! E o pai terminou: - …toda!" (Roda, 2006).

De novo, os adultos utilizam expedientes para que a criança coma a sopa, desta vez em redor da conversa, que as histórias proporcionam, histórias "ensopadas na oralidade" (Roda, 2006, contracapa), mas também em afectos e em magia, tornando a hora da refeição num momento particular, onde a família se reencontra num espaço e num tempo da partilha íntima.

A interacção entre o texto verbal e o texto icónico, permitida pelo traço particular de Gémeo Luís, transporta as crianças leitoras para esse instante quotidiano, onde o corpo e a alma recobram forças.

A HORA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Literatura e ciência, apesar das suas especificidades próprias, podem ganhar quando postas em interacção e podem enriquecer a nossa perspectiva pelas diferentes leituras que permitem, aliando-se numa mesma finalidade: a compreensão do mundo na sua complexidade e a valorização de diferentes formas de conhecer.

As implicações para a escola deste diálogo são enormes, se considerarmos que a linguagem científica é em muitos casos considerada hermética e difícil. A literatura poderá desempenhar aqui um papel importante, tornando acessível a mensagem através do uso do jogo, da imagem e da linguagem literária contribuindo para a formação das crianças e jovens.

Um dos pontos incontornáveis dessa formação corresponde à educação para a saúde e, particularmente, à educação alimentar – que deverá ser considerada pelas escolas uma área de eleição – entendida aqui como um conjunto de experiências de aprendizagem com o objectivo de facilitar, de forma voluntária, a adopção de uma alimentação saudável, pautando-se esta por "uma forma racional de comer que assegura variedade, equilíbrio e quantidade justa de alimentos escolhidos pela sua qualidade nutricional e higiénica, submetidos a benéficas manipulações culinárias" (Peres, 1994, p.11).

O Ministério da Educação apresenta o conceito de saúde como um conceito positivo e recorre à definição da Organização Mundial da Saúde que o apresenta como um recurso quotidiano que implica "um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade*"* (WHO, 1946, p.2).

A Educação para a Saúde, assim entendida, implica a preservação da saúde individual e colectiva e "consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao tal *bem-estar físico, social e mental"*[3].

Uma das formas de promover a saúde é tomar decisões adequadas ao nível da alimentação. Essa é uma das principais dimensões já que, tal como referem Oliveira, Netto-Oliveira, Rosaneli, Manfrinato, Nakashima, & Auler (2008), os hábitos alimentares adquiridos durante a infância vão influenciar as preferências, práticas e consumo de alimentos durante toda a vida.

A alimentação desadequada conduz ao excesso de peso e à obesidade, definidos pela OMS como uma acumulação excessiva de gordura corporal, acumulada numa proporção que apresenta riscos para a saúde do indivíduo.

No diagnóstico da obesidade a medida mais utilizada, quer para crianças quer para adultos, é o Índice de Massa Corporal (IMC)[4] (Tojo & Leis, 2002) que, apesar de variar consideravelmente com a idade, organismos internacionais como a "International Obesity Task Force" (IOTF) recomendam que a obesidade pediátrica seja também definida através do cálculo do IMC (Alves, Elias & Antunes, 2008).

A obesidade e o excesso de peso infantis parecem estar a aumentar, nas últimas décadas, nos países desenvolvidos e em muitas outras partes do mundo. Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) reconhecia já a obesidade como uma epidemia de saúde pública em países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento.

A OMS revela também que em 2005 cerca de 1,6 mil milhões de adultos tinham excesso de peso e pelo menos 400 milhões eram obesos. As projecções para 2015 são de 2,3 mil milhões de adultos com excesso de peso e 700 milhões de obesos. Pelo menos 20 milhões de crianças com menos de 5 anos eram obesas, segundo números de 2005.

A principal causa para esta situação parece advir do balanço positivo prolongado de energia entre as calorias consumidas e as calorias gastas, consequência de factores que se devem a mudanças globais nas dietas das populações, com acréscimo significativo de alimentos ricos em lípidos e glícidos e pobres em vitaminas, minerais e outros

3. Disponível em http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/paginas/default.aspx
4. O IMC traduz a relação entre o peso e a altura e calcula-se dividindo o peso expresso em kg pelo quadrado da altura expresso em metros.

micronutrientres, por um lado, e com tendência generalizada para o decréscimo da actividade física devido à natureza sedentária do tipo de vida, mudança nos modos de transporte e urbanização crescente.

Esta mudança nos hábitos alimentares está associada às profundas mudanças sócio-económicas, tecnológicas, biotecnológicas, populacionais e familiares que têm acontecido no mundo ocidental nas últimas duas ou três décadas. O facto de os pais trabalharem fora de casa, na maior parte das famílias, com a consequente falta de tempo para atender e controlar a alimentação dos seus filhos, a incorporação cada vez mais precoce das crianças no sistema escolar, o progresso económico, a gradual globalização do comércio alimentar, o extraordinário desenvolvimento da indústria alimentar, todos estes factores têm feito diminuir progressivamente o tipo e a preparação das comidas tradicionais e feito favorecer o chamado *ambiente alimentar obesogénico, caracterizado por uma oferta ilimitada de alimentos sólidos e bebidas com grande atracção organoléptica, densos em energia, de baixa qualidade nutricional* (…) e *de grande aceitação social (...) para serem consumidos (...) de qualquer forma, em qualquer lugar e a qualquer hora* (Tojo & Leis, 2003, p.172).

A obesidade é, no entanto, um problema multifactorial e o seu desenvolvimento deve-se a interacções múltiplas entre os genes e o ambiente (Maffeis, citado em Padez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado, 2004). Apesar do efeito que os factores genéticos possam ter, a taxa de prevalência desta doença em populações geneticamente estáveis sugere que os factores ambientais e, possivelmente, os factores perinatais estarão na base desta epidemia.

A epidemia da obesidade não afecta, assim, apenas adultos mas também crianças e adolescentes, sendo estes últimos os grupos em que se verifica um maior incremento da taxa de prevalência da doença. Nos Estados Unidos, país que apresenta a maior taxa de obesidade do mundo, registou-se um aumento de 4% em 1971 para 15% em 1999 nas crianças de 6 a 11 anos e no grupo dos 12 aos 19 anos, passou de 6% a 15%, no mesmo período, mas também na Europa se observaram mudanças semelhantes quanto ao excesso de peso e obesidade destes grupos da população.

A obesidade infantil é tida como um problema grave por estar associada ao decorrente excesso de peso e obesidade na vida adulta e por aumentar a assim a taxa de morbilidade e mortalidade. A obesidade na infância pode também conduzir a graves complicações de foro médico, como as patologias cardiovasculares e do foro respiratório, alterações neurológicas, gastrointestinais e hepáticas, genito-urinárias, músculo-esqueléticas, imunológicas, oftalmológicas ou dermatológicas (Alves, Elias e Antunes, 2008). Esta doença pode também ter consequências a nível psicossocial, já que a baixa auto-estima, problemas de comportamento e insucesso académico se podem associar com frequência (Padez *et al*., 2004).

O estudo desenvolvido por Padez et al, em 2004, mostra que a situação em Portugal também é preocupante, revelando taxas de excesso de peso e de obesidade superiores a 30% em crianças com idades compreendidas entre os sete e os onze anos. Estes dados indicam valores similares a outros países do sul da Europa, como Espanha, Itália e Grécia, genericamente mais altos do que os do norte europeu. Os maiores aumentos nas nossas taxas verificaram-se entre 1970 e 2002, mas especialmente entre os anos de 1992 e 2002. Estes resultados estão ligados a mudanças nutricionais da população portuguesa, que experimentou melhorias nas condições de vida, com aumento do consumo de leite, carne e ovos, mas também de gorduras e açúcares. Nas últimas três décadas, mudanças nas estruturas sociais e económicas levaram a uma melhoria global nas condições de vida, com muitos efeitos positivos na população mas também com alguns efeitos negativos. Portugal mostra, por exemplo, a percentagem mais alta de sedentarismo entre os adultos

da União Europeia (87,8%). É expectável que as crianças portuguesas sejam também altamente sedentárias, contribuindo para o aumento da obesidade (Padez et al, 2004).

De acordo com Loureiro (2004), em Portugal tem-se vindo a diminuir o consumo de azeite e a aumentar o consumo de óleos vários, a diminuir o consumo de peixe e a aumentar o consumo de carne, a diminuir o consumo de cereais e a aumentar o consumo de açúcar. O consumo de hortícolas e fruta também tem vindo a diminuir, apesar de ser um dos países da Europa com maior consumo deste tipo de alimentos. Isso quer dizer que o nosso país tem vindo a abandonar uma tradição de alimentação mediterrânica, reconhecida como protectora de muitas doenças e com a aquisição de novos hábitos, a modificar também o seu padrão de saúde. Além disso, Portugal tem a população mais sedentária da região o que vai implicar incremento dos índices de obesidade.

Uma vez verificada esta situação é necessário pensar em impedir este aumento e, mais, em inverter esta situação. Tendo em conta que a prevenção é a melhor forma de combater este flagelo social, é importante que a actuação seja feita cedo e com a ajuda de pais e professores, ou seja, os mediadores mais directos da criança. Como refere Loureiro (2004):

> *As experiências de vinculação na infância e a educação que se recebe nos primeiros anos de vida até à adolescência são determinantes na adopção de atitudes e comportamentos relacionados com a saúde (p. 44)*
>
> *Ao nível individual é necessário que se adquira um balanço energético equilibrado, que se limite o consumo de gorduras e se dê preferência a gorduras insaturadas, se aumente o consumo de frutas e vegetais, assim como de legumes, leguminosas e sementes, se limite o consumo de açúcares e aumente a actividade física. A investigação científica aponta a actividade física e o consumo de frutos e vegetais como importantes factores de protecção da saúde (Loureiro, 2004, p. 44).*

Os currículos dos diferentes ciclos de ensino no Sistema Educativo Português contemplam o estudo deste domínio, podendo constituir-se como momentos determinantes no combate a esta problemática.

As questões alimentares e nutricionais estão presentes nas Competências Essenciais dos diferentes Ciclos, onde, no final destes, se pretende que os alunos sejam capazes de:

Reconhecer que a sobrevivência e o bem-estar humano dependem de hábitos individuais de alimentação equilibrada, de higiene e de actividade física, e de regras de segurança e de prevenção (1.º Ciclo);

Compreender a importância da alimentação para o funcionamento equilibrado do organismo (2.º Ciclo);

Discutir sobre a importância de aquisição de hábitos individuais e comunitários que contribuam para o equilíbrio de vida (3.º Ciclo).

No 1.º Ciclo, a Educação Alimentar é abordada no "Estudo do Meio" no Bloco intitulado "À Descoberta de si mesmo". Nesta fase, no 1.º ano, pretende-se que o aluno adquira os conhecimentos das normas de higiene alimentar (importância de uma alimentação variada, lavagem correcta dos alimentos consumidos em cru, desvantagem do consumo excessivo de doces e refrigerantes…). No 2.º ano, é incentivado a conhecer e a aplicar as normas de higiene alimentar, designadamente a identificação dos alimentos indispensáveis a uma vida saudável ou a verificação do prazo de validade dos alimentos. No 3.º ano, o aluno aprende a identificar os fenómenos relacionados com algumas das funções vitais, nomeadamente a digestão.

Nos 2.º e 3.º Ciclos, as disciplinas de Ciências da Natureza e de Ciências Físicas e

Naturais contemplam a Educação Alimentar com relevância.

O currículo nacional encerra de forma clara questões relacionadas com a educação alimentar, numa perspectiva de bem-estar, equilíbrio e saúde, incluindo os aspectos sócio-culturais.

Será, no entanto, fundamental que não haja discrepâncias entre os princípios de alimentação racional contemplados no currículo, a oferta alimentar da escola e o modelo transmitido pelos adultos de referência (professores e auxiliares de acção educativa nas escolas e pais em casa). Neste sentido, as escolas deverão ser o local adequado para desenvolver a Educação Alimentar em cooperação com as famílias, já que se apresentam como um espaço e um tempo privilegiados para promover a saúde e onde os alunos passam uma grande parte do seu tempo. Nesta missão pode ser precioso o auxílio da Roda dos Alimentos, uma representação gráfica muito explorada em vários momentos do percurso escolar, e que pode servir como referência também para a população estudantil, permitindo, de forma acessível e explícita, recomendar as proporções diárias dos alimentos a ingerir, transformando informação nutricional complexa em conceitos simples e fáceis de utilizar.

As actividades desenvolvidas em meio escolar ou pré-escolar podem ter efeitos muito positivos, como alguns estudos parecem mostrar. Está neste rol o trabalho de Pinto, Araújo, Souza & Pontes (2008), no qual se pretendeu desenvolver estratégias que contribuíssem para a melhoria da alimentação das crianças (na faixa etária de 4 e 5 anos de idade) numa escola de educação infantil brasileira. As actividades pedagógicas, desenvolvidas ao longo de dois meses, incluíram, entre outras, aulas de culinária e degustação, releituras de obras de arte, leitura e produção de texto, construção de gráficos, desenhos e outras formas de representação. Os resultados apontam no sentido de uma melhor compreensão da necessidade de uma alimentação saudável, reconhecimento de uma refeição completa, classificação de alimentos, importância dos cuidados a ter com a higiene, conservação e preparação de alimentos, melhores escolhas de alimentos no acto da compra e melhor capacidade crítica e auto-crítica quanto a práticas alimentares.

As escolas tornam-se, deste modo, palcos importantes ao nível da prevenção da obesidade, sendo que a atenção social em relação à qualidade do ambiente escolar a que os alunos estão expostos também tem vindo a aumentar nesse ponto (Ministério da Educação, 2006; Alves, Elias & Antunes, 2008). Isso deve-se, do mesmo modo, à gradual tomada de consciência colectiva de que o consumo, por parte das crianças e jovens, de alimentos altamente calóricos e de bebidas açucaradas é muito elevado.

Para encorajar as crianças e jovens a eleger alimentos saudáveis têm sido levados a cabo alguns programas de intervenção escolar com crianças do ensino básico, baseados em educação nutricional, envolvimento parental e mudanças no ambiente nutricional escolar, cujos resultados têm revelado algum êxito no que diz respeito à mudança de comportamentos alimentares. O estudo de Reynolds, Franklin, Binkley, Raczynski, Harrington, Kirk & Person (2000), avaliou os efeitos de um programa de intervenção escolar realizado com o objectivo de aumentar o consumo de frutas e vegetais em crianças do 4.º ano de escolaridade. Foram envolvidas 28 escolas de ensino básico, durante um ano, com educação nutricional na sala de aula, envolvimento dos pais e manipulação da disponibilização de frutas e vegetais, tendo tido como resultado um aumento do consumo desses alimentos por parte das crianças do grupo experimental quando comparados com as do grupo de controlo.

Qualquer intervenção no campo específico da educação alimentar não pode, no dizer de Loureiro (2004), restringir-se à comida e muito menos a nutrientes. A forma como nos alimentamos reflecte a nossa cultura, o modo como cuidamos de nós, a importância que atribuímos à comida, o modo como nos relacionamos com os outros.

É nesta interface que as possibilidades da literatura infantil podem ganhar expressão, já que a educação alimentar implica não apenas informação, mas "estratégias concertadas entre os níveis individual, social e ambiental" (Loureiro, 2004, p.44). A criança ao envolver-se na trama de uma história pode ter acesso a conteúdos científicos importantes, sem que a ciência se imponha em si mesma, diluindo-se na narrativa.

Na transmissão de uma atitude positiva em relação ao consumo de legumes, podemos encontrar frases na obra *O caldo de pedra* muito sugestivas, no que diz respeito à sopa e à sua degustação: "Era um caldinho de apetecer*"* ou "Era um regalo o cheiro gostoso que saía dela."(Silva, 2003). Para além disso, é referida a receita, acompanhada de imagens muito apelativas e elucidativas quanto ao seu modo de confecção, convidando e incitando o leitor à realização da própria sopa. Fica nas mãos de educadores, professores e pais ou outros adultos que acompanham a criança, a resposta ao desafio.

Em contraponto, temos espelhado no livro *Come a sopa, Marta!* o rol de dificuldades por que passa a protagonista para chegar ao fim do seu prato de sopa e, depois de tudo superado, surge em força a sua preocupação com a resolução desse problema no dia seguinte. A própria autora afirma ser esta uma história para meninas e meninos que não gostam de sopa, quiçá numa tentativa de inverter a situação. Há, na verdade, uma tentativa de identificação com o quotidiano de alguns pais na hora da refeição, sugerindo tácticas para superar as dificuldades e inverter a rejeição que as crianças por vezes desenvolvem face a este alimento.

Também no livro *ssschlep*, logo na contracapa é referido que "A sopa é um dos mais antigos alimentos do mundo e faz parte de todas as economias alimentares" (Roda, 2006, contracapa) e é manifesta a preocupação dos autores em transmitir o gosto pela sopa, aproveitando o processo imaginativo como exercício para abrir o apetite. A evolução do processo de elaborar a sopa também é referida, dando um apontamento histórico ao abordar a evolução dos hábitos alimentares e até da introdução de objectos técnicos na sua confecção, permitindo a ponte para muitas outras conversas, como se pode constatar no seguinte excerto: "Naquele tempo, ninguém ralava a sopa nem se ralava com ela. Mas um dia apareceu a bruxa da varinha mágica com aquele ar de fada e começou a ralar a sopa." (Roda, 2006).

Os ingredientes utilizados nas sopas, e enumerados ao longo desta obra, ilustram um dos princípios da alimentação equilibrada, a sua variedade, e eis que eles desfilam: batata, nabo, feijão, cenoura, abóbora, couve-flor, alho-francês, ervilhas, feijocas, grão-de-bico. E os vários tipos correspondentes de sopas, com histórias associadas: sopa de legumes, caldo verde, sopa de alho-francês, sopa de letras, sopa de ervilhas, sopa de feijão, sopa de grão. O texto apresenta ainda uma clara afirmação das sopas tradicionais da dieta mediterrânica, desaprovando claramente sopas confeccionadas industrialmente:

> *Mãe, podias dar-me sopas rápidas de conversar – atalhou o filho –, podias dar-me sopa instantânea, que não diz quase nada! Assim eu comia, calado e depressa.*
>
> *– Pois, mas se essa sopa te diz pouco, a mim não me diz nada: só quem não gosta de conversar, quero dizer, de comer, é que perde tempo com ela. (Roda, 2006)*

O texto sugere aqui também que a alimentação tem um significado próprio para cada pessoa e grupo, constituindo um traço de identidade. O próprio estar à mesa – objecto cuja presença é constante ao longo do livro através das ilustrações – pode ser estruturante da personalidade e reforçar a coerência familiar e os laços afectivos que unem as pessoas que educam a criança, para além de dar consistência às mensagens transmitidas e aos comportamento dos adultos quando observados pelos mais jovens.

A abordagem desta obra vem ao encontro do que defendem vários autores e se pode deduzir de alguns dos estudos já referidos, cujo teor emana das palavras de Loureiro

(2004, p. 44):

Para os mais pequenos são particularmente importantes as estratégias que incluem a exposição às comidas num contexto social positivo, tendo como modelos de referência pares e adultos, bem como a utilização apropriada de incentivos.

Esse ambiente afectivo que envolve o filho nesta história está presente na participação do pai e da mãe, que partilham a construção da história e alimentam um diálogo permanente, e é manifesto em frases como a que se segue: "Pensava nos mimos que recebia a mais quando comia tudo." (Roda, 2006)

Tendo bem presente que a fronteira entre a literatura e a sua instrumentalização é um linha de contornos muito ténues, ainda assim pensamos que os docentes podem levar as crianças, simultaneamente, a fruir o texto literário e a pensar acerca do mundo que as rodeia. As obras literárias para os mais novos, que propomos neste texto, podem fazer a ponte entre literatura infantil e ciência.

Assim, compete ao docente delinear estratégias que permitam à criança ouvir ler/ler o livro, explorar a sua materialidade, interpretar e realizar múltiplas leituras do texto lido, numa partilha de sentidos construídos na relação entre o texto e o seu leitor. Caberá, do mesmo modo, ao docente, permitir que as crianças busquem, descubram e reflictam, a partir do texto literário, sobre o mundo da ciência e da sua linguagem, numa apropriação do real que se quer de carácter globalizante.

Não gostaríamos de terminar este texto sem deixar aos profissionais da educação de infância e do 1.º ciclo do ensino básico uma proposta de actividade, com um cariz holístico, entre literatura e ciência.

SUGESTÃO DE ACTIVIDADE

Livro

Maria Teresa dos Santos Silva e José Miguel Ribeiro (ilustrador). *O caldo de pedra*. Editora Âmbar

Objectivos

- Explorar os aspectos paratextuais do livro.
- Ouvir ler/ler o texto verbal e o texto icónico.
- Explorar, através do reconto desenhado/escrito, o texto lido.
- Explorar, oral e visualmente, a sequência de utensílios e de ingredientes proposta pelo texto icónico.
- Identificar os ingredientes utilizados em termos de alimentação saudável.
- Explorar a Roda dos Alimentos, tendo em conta os ingredientes escolhidos.
- Confeccionar, em conjunto, a sopa tradicional mencionada no texto.

Desenvolvimento da actividade

Num primeiro momento, com o auxílio do docente, as crianças explorarão os aspectos paratextuais do livro, como a capa, e nesta, o título do livro e a ilustração. Nesta exploração, o docente certamente vai contribuir para a promoção da competência literária e da competência enciclopédica dos seus alunos, ao proporcionar-lhes a activação de intertextos e de referências relacionadas com o título da obra.

Em seguida, as crianças ouvem ler e/ou lêem o texto verbal e o texto icónico, podendo

apropriar-se do texto através do reconto desenhado ou escrito do mesmo. A estratégia do reconto permite às crianças construírem significados, numa partilha entre o texto e a sua leitura do mesmo.

Posteriormente, em conversa com as crianças, o docente vai explorar, oral e visualmente, a sequência de utensílios e de ingredientes proposta pelo texto icónico, para a confecção da sopa. Aqui a actividade será dirigida para a identificação dos alimentos indicados e da sua classificação em termos da Roda dos Alimentos (anteriormente explorada), de forma a avaliar o equilíbrio nutricional da mesma, não perdendo de vista a sua análise em termos de doses diárias de alimentos a ingerir.

Para isso, a actividade poderá ser acompanhada com uma ficha de trabalho, onde a criança desenha e regista as suas conclusões.

A actividade culminaria na elaboração da sopa, em conjunto com o docente, iniciando-se com a escolha dos ingredientes em termos da sua qualidade, indicações precisas sobre os cuidados a ter na manipulação dos alimentos e tomadas de decisão sobre as proporções a usar, numa perspectiva de conciliação entre tradição, criatividade, conhecimento e capacidade crítica.

Em continuação, esta actividade poderia ser o ponto de partida para a procura de receitas gastronómicas tradicionais que permitam recuperar pratos típicos da dieta mediterrânea e valorizar a gastronomia local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, D., Elias, A. & Antunes, H. (2008). EFICAS (Exercício Físico e Comportamental Alimentar Saudável): Programa de prevenção da obesidade pediátrica, em contexto escolar. In *Actas do I Congresso Internacional em estudos da criança. Infâncias possíveis, mundos reais*. Braga: Instituto de Estudos da Criança.

Galvão, C. (2006). Literatura na ciência e ciência na literatura. *Interacções, 3*, 32-51.

Grimm, J., Grimm, W. (1992). Hansel e Gretel. *Os mais belos contos de Grimm*. Lisboa: Círculo de Leitores

Grimm, J., Grimm, W. (2008). *A casinha de chocolate*. Matosinhos: Kalandraka

Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: O papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 22*(2), 43-55.

Lluch, G. (2005). Textos y paratextos en los libros infantiles. *Literatura Infantil y Educación Literaria.* Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, 87-103

Lluch, G. (2006). Para uma selecção adequada do livro: das capas ao estilo da literatura comercial. *Língua Materna e Literatura Infantil. Elementos Nucleares para Professores do Ensino Básico*. Lisboa: Lidel, 215-230

Oliveira, A., Netto-Oliveira, E., Rosaneli, C., Manfrinato, C., Nakashima, A. & Auler, F. (2008). Televisão, computadores e consumo de alimentos: Uma relação indigesta. In *Actas do I Congresso Internacional em estudos da criança. Infâncias possíveis, mundos reais*. Braga: Instituto de Estudos da Criança.

Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old portuguese children: Trends in body mass índex from 1970-2002. *American Journal of Human Biology, 16*, 670-678.

Peres, E. (1994). *Saber comer para melhor viver*. Lisboa: Editorial Caminho.

Pinto, V., Araújo, M.F., Souza, A. & Pontes, L.M. (2008). O olhar da criança sobre alimentação e

nutrição: Uma experiência na educação infantil. In *Actas do I Congresso Internacional em estudos da criança. Infâncias possíveis, mundos reais*. Braga: Instituto de Estudos da Criança.

Silva, M.T. (2003). *O caldo de pedra*. Porto: Âmbar.

Reynolds, K.D., Franklin, F.A., Binkley, D., Raczynski, J.M., Harrington, K.F., Kirk , K.A. & Person S. (2000). Increasing the fruit and vegetables consumption of fourth-graders. Results from the high 5 project. *Preventive Medicine, 30*(4), 309-319.

Roda, E. & Luís. G. (2006). *ssschlep*. Lisboa: Edições Eterogémeas.

Tojo, R. & Leis, R. (2002). La obesidad, un programa emergente en pediatria. Conferencia inaugural del VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición, Múrcia, 24-27 de octubre de 2001. *Nutrición Hospitalaria, XVII* (2), 75-79.

Tojo, R. & Leis, R. (2003). Mesa Redonda: Estrategias de prevención e intervención nutricional en patologias prevalentes. El *continuum* pediatria primaria-hospitalaria. *Boletín de la Sociedad de Pediatria de Astúrias, Cantábria, Castilla y Leon, 43*, 171-188.

Torrado, A. (1972). *O coelhinho branco*. Lisboa:Plátano Editora

Torrão, M. (2004). *Come a sopa, Marta!*. Barcarena: Editora O Bichinho de Conto.

World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. Genebra: WHO.

O CONTEÚDO DE NUTRIÇÃO E AS IMAGENS: UMA ANÁLISE DE LIVROS DIDÁTICOS

Maria H. S. Carneiro[1] & Ana Cavalcante de Paiva[2]

Resumo

O livro didático é um dos recursos mais usados para assegurar a aquisição de saberes no sistema formal de ensino. A presença de imagens tem sido um traço marcante no processo evolutivo dos livros didáticos. Diante da grande densidade de imagens nos livros pergunta-se: Qual o papel pedagógico das imagens? Que tipo de imagem é usado para veicular os conhecimentos relativos à alimentação saudável? Qual a relação existente entre texto e imagem? Foram analisadas imagens figurativas e funcionais de cinco coleções de livros do ensino fundamental. O tema alimentação é apresentado de forma diluída em pelo menos três séries dos primeiros quatro anos, com um tipo de abordagem predominantemente biológica. As fotografias predominaram dentre as imagens presentes cuja função pedagógica foi motivação.

Palavras-chave

Livro-didático; imagem; nutrição.

INTRODUÇÃO

Um dos objetivos da educação é transmitir os conhecimentos sistematizados nas diversas áreas do conhecimento. Para tanto, a escola faz uso um recurso de ensino tão antigo quanto a escola tal como a conhecemos hoje: o livro didático – LD - (ou manual escolar como é chamado em alguns países). Este instrumento pedagógico instituiu-se historicamente na escola como um dos recursos de ensino mais usados para assegurar a aquisição dos saberes.

O Ministério da Educação brasileiro garante a distribuição gratuita de livros para alunos do Ensino Básico, o que significa um gasto de R$ 661 milhões com a avaliação, compra e distribuição desse material para todas as escolas públicas em território nacional.

A imagem sempre fez parte do livro e com os livros didáticos não poderia ser diferente. Comênio em 1657 como citado em (Comênio, 1996, p. 226), publicou um dos primeiros livros didáticos ilustrado: *Orbis sensualium pictus* que tinha como objetivo facilitar a aprendizagem do Latim ou da língua materna. O autor já chamava atenção para a importância das imagens no processo de ensino e aprendizagem das crianças: "Que esses livros sejam tão cuidadosamente ilustrados que, justa e merecidamente, possam ser considerados verdadeiros inspiradores da sabedoria (...)" p. 226. Como se pode concluir a presença de imagens em LD não é um fato novo.

Richaudeau (1979) em seu livro *Concepção e produção de livros didáticos* nos apresenta 216 questões que podem ser usadas durante o processo de concepção ou avaliação dos mesmos. Destas questões aproximadamente 40 são dedicadas à análise das ilustrações. Desde então esses critérios têm sido utilizados com adaptações em processos de avaliação dos LD em vários países. Ainda segundo o autor, a presença de imagens é sem dúvida o traço que marca o processo evolutivo dos livros didáticos (p.157). Embora Richaudeau

1. Universidade de Brasília. **mhsilcar@unb.br**
2. Fundação Oswaldo Cruz/Diretoria Regional de Brasília. **anapaulap@fiocruz.br**

tenha publicado o seu livro há quase 30 anos, esta observação continua válida até hoje. Estudos que têm as imagens dos livros didáticos como objeto de pesquisa evidenciam a importância desta forma de linguagem na veiculação dos conhecimentos científicos (CARNEIRO, 1997, novembro; MARTINS, 1997, novembro; CASSIANO, 2002; JOTTA, 2005; BARROS, 2005). Além disso, a presença de imagens é um dos critérios utilizados pelos professores no processo de seleção do livro didático (CARNEIRO, 1997, novembro). Apesar disso, as imagens são raramente analisadas durante o desenvolvimento das atividades de sala de aula dirigidas pelo professor.

Diante da grande densidade de imagens nos livros didáticos de Ciências e do valor atribuído a este tipo de linguagem algumas perguntas podem ser feitas: Qual o papel pedagógico das imagens no livro didático? Que tipo de imagem é usado para veicular os conhecimentos relativos à alimentação saudável. Qual a relação existente entre texto e imagem? Podemos avançar duas hipóteses. A primeira que considera a imagem como simples ilustração. Neste caso, a imagem não passa de ornamento, pois a sua exclusão não compromete a compreensão do conhecimento expresso no texto, ou seja, não apresenta uma função pedagógica. A segunda considera a imagem como elemento constitutivo do documento e neste caso desempenha um papel particular no processo de apreensão do conhecimento.

O trabalho que ora apresentamos faz parte de um programa mais amplo de estudo que tem como objetivo central o estudo do papel pedagógico das imagens – fixas e móveis- no processo de ensino e aprendizagem dos conhecimentos científicos. Nesse estudo centramos a nossa análise no papel pedagógico das imagens que veiculam os conhecimentos sobre alimentação.

MAS O QUE CHAMAMOS DE IMAGEM?

Não é fácil definir imagem, pois trata-se de um termo normalmente empregado com os mais diferentes significados: imagem mental, imagem de si, imagem de uma empresa, dentre outros. Como nos lembra Joly, (1993) esses mais diversos significados atribuídos à palavra imagem não impede que se compreenda que "ela designa algo que, embora não remetendo sempre para o visível, toma de empréstimo alguns traços ao visual e, em todo o caso, dependendo da produção de um sujeito: imaginária ou concreta, a imagem passa por alguém, que a produz ou a reconhece" (p.13).

Considerando o nosso objeto de estudo – as imagens dos LD - chamaremos de imagem a representação visual, real ou analógica de um ser, fenômeno ou objeto, que normalmente se encontra entremeando um texto escrito. Reconhecemos as limitações desta definição, pois não engloba todos os tipos de imagens, mas é perfeitamente aplicável neste tipo de estudo (CARNEIRO, 1997, novembro).

Duchastel (1990) nos apresenta duas formas de análise: a análise morfológica que consiste na identificação das características físicas ou formas de representação; a segunda, análise funcional que consiste em verificar o papel que as imagens desempenham se considerarmos o binômio texto e imagem. Quanto à análise funcional o autor identifica três funções básicas de uma imagem em relação ao texto: motivadora, explicativa e retentiva. Uma imagem desempenha um papel motivador quando desperta a curiosidade, o interesse do aluno pelo texto. Neste sentido, as caricaturas, retratos de personagens históricas, cenas geográficas etc desempenham no livro didático um papel motivador. O papel explicativo busca explicitar uma mensagem verbal tornando-a mais inteligível para os alunos. A função retentiva refere-se a retenção a longo prazo das informações apresentadas no texto-imagem. Enquanto as outras funções operam no momento da leitura do texto, a função retentiva age no momento que solicitamos do aluno a lembrança de informações, o que torna mais difícil a sua identificação em LD. Esta última função

inspirada na hipótese de "código dual" de Paivio (1975) apud Duchastel, 1990 afirma que um elemento será mais facilmente recuperado na memória se ele foi codificado e decodificado, inicialmente na forma icônica e verbal. Vale ressaltar que não existe uma independência absoluta entre forma e função e uma única imagem pode desempenhar várias funções.

Quanto ao uso da imagem no processo de ensino e aprendizagem, Piaget (1988) e Vigotski em Luria, Leontiev e Vigostsky (1991) assumem posições convergentes. Para o primeiro autor "une pédagogie fondée sur l'image, même enrichi par le dynamisme apparent du film, demeure inadéquate à la formation du constructivisme opératoire, car l'intelligence ne se réduit pas aux images d'un film... En bref, l'image, le film, les procédés audiovisuels, dont tout pédagogie voulant se donner l'illusion d'être moderne nous rebat aujourd'hui les oreilles, sont des auxiliaires précieux à titre d'adjuvants ou de béquilles spirituelles, et il est évident qu'ils sont en net progrès par rapport à un enseignement purement verbal**. Mais il existe um verbalisme de l'image comme un verbalisme du mot** (grifo nosso), et, confrontées avec les méthodes actives, les méthodes intuitves ne font que substituer, lorsqu'elles oublient le primat irréductible de l'activité spontanée et de la recherche personelle ou autonome du vrai, ce verbalisme plus élégant et plus raffiné au verbalisme traditionnel" (Piaget, 1988)

Vigostki (Luria *et al.,* 1991), por sua, vez lembra que após várias experiências "provou-se que um sistema de ensino baseado exclusivamente em meios visuais, e que excluísse tudo quando respeito ao pensamento abstracto, não só não ajuda a criança a superar uma capacidade natural, mas na realidade consolida tal incapacidade, dado que ao insistir sobre o pensamento visual elimina os germes do pensamento abstracto. (...) Acentuar os aspectos visuais é necessário, e não acarreta nenhum risco se se considerar apenas como etapa do desenvolvimento do pensamento abstracto, como meio e não como fim em si." p. 45. Embora o autor esteja fazendo referência ao desenvolvimento de crianças especiais as suas idéias são igualmente válidas para o desenvolvimento de crianças ditas normais.

A escala de iconicidade construída por Moles (1968) é uma forma de classificar as imagens. Para o autor iconicidade é uma grandeza oposta a abstração, quer dizer a quantidade de realismo, a proporção do concreto conservado nos esquemas. A escala de iconicidade compreende 12 níveis, começando com a representação mais real do objeto até chegar ao último nível, considerado mais abstrato, que corresponde à descrição do objeto somente com ajuda de palavras normalizadas ou fórmulas algébricas.

ESCALA DECRESCENTE DE ICONICIDADE (Tradução de Maria Helena da Silva Carneiro)

Classeº	Definição	Critério	Exemplos
12	O próprio objeto.	Eventual parêntese no sentido de Husserl.	A vitrine de uma loja, a exposição.
11	Modelo bi ou tri dimensional.	Cores e materiais arbitrários.	Exibições factícias.
10	Esquema bi ou tridimensional reduzido ou aumentado.	Cores ou materiais escolhidos segundo critérios lógicos.	Mapas com três dimensões: globo terrestre, mapa geológico.
9	A fotografia ou projeção realista sobre um plano.	Projeção perspectiva rigorosa, semitons e sombras.	Catálogos ilustrados e afiches.
8	Desenho ou fotografia ditos "sem contornos" (projeção visual do universal aristotélico). Perfis em desenhos.	Critérios de continuidade e fechamento de forma.	Afiches, catálogos, prospectos e fotografias técnicas.
7	Esquemas anatômicos ou de construção.	Abertura da Carta ou do envelope. Respeito da topografia. Arbitrário dos valores. Quantificação dos elementos ou simplificação.	Corte anatômico, corte de um motor a explosão. Planejamento de cabos para um receptor de rádio.
6	Vista "estourada" (éclatée).	Disposição perspectiva das peças conforme suas relações de vizinhança topológica.	Objetos técnicos de manuais de instrução.
5	Esquema de princípio: eletricidade e eletrônica.	Substituição dos elementos por símbolos normalizados, passagem da topografia à tipologia.	Plano esquematizado do metrô. Plano dos cabos de um receptor de TV ou uma parte do radar.
4	Organograma ou Block esquema.	Os elementos são caixas pretas funcionais ligadas por conexões lógicas: análise das funções lógicas.	Organograma de um empreendimento. "Flow chart" de um programa de computador. Série de operações químicas.
3	Esquema de formulação.	Relação lógica e não topológica num espaço não geométrico entre elementos abstratos. As ligações são simbólicas, todos os elementos são visíveis.	Fórmulas químicas desenvolvidas. Sociograma.
2	Esquema em espaços complexos.	Combinação num mesmo espaço de representação de elementos esquemáticos (flechas, plano, objeto) pertencendo a sistemas diferentes.	Forças e posições geométricas sobre uma estrutura metálica: esquemas de estática gráfica, polígono de Crêmona, representações sonográficas.
1	Esquema em espaço abstrato e esquema vetorial.	Representação gráfica num espaço métrico abstrato, de relação entre grandezas vetoriais.	Gráfico vetorial em eletro-técnica. Triângulo de Kapp, polígono de Blondel para um motor de Maxweel. Triângulo de vogais.
0	Descrição em palavras normalizadas ou em fórmulas algébricas.	Signos puramente abstratos sem relação imaginável com o significante.	Equações e fórmulas. Textos.

Fonte: MOLES, A. A. L'image: communication fonctionnelle. Belgica: Casterman, 1981, p. 101.

PORQUÊ O TEMA ALIMENTAÇÃO?

O autor Sidney Mintz (2001) destaca que os hábitos alimentares podem mudar inteiramente quando crescemos, mas a memória e o peso do primeiro aprendizado alimentar e algumas das forças sociais aprendidas através dele permanecem, talvez para sempre, em nossa consciência, como atesta a amada madelaine de Proust, o caso mais famoso. Provavelmente, muitas das mudanças dos hábitos alimentares durante o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos são reflexos da globalização na cultura alimentar. Algumas considerações sobre as mudanças na alimentação urbana são feitas por Garcia (2003), mostrando o importante papel da globalização da economia e da industrialização devido à gama de produtos e serviços distribuídos em escala mundial e ao suporte publicitário envolvido. Pressionadas pelo poder aquisitivo, pela publicidade e praticidade, as práticas alimentares vão se tornando permeáveis a mudanças, representadas

pela incorporação de novos alimentos, formas de preparo, preparo, compra e consumo. Contudo, é possível que tais mudanças encontrem mais ou menos resistência, dependendo da cultura alimentar e da consolidação de suas práticas estabelecidas e simbolicamente valorizadas. Se por um lado, o processo de globalização amplia a diversidade alimentar, por outro também a reduz, uma vez que circula um mesmo leque de opções alimentares próprias da globalização ferindo assim, ao primeiro princípio norteador da Alimentação Saudável que é a variabilidade. A adoção de hábitos saudáveis desde o nascimento tem se mostrado como um fator de proteção na incidência de diferentes tipos de doenças na idade adulta. Estudos de intervenção (Muller, Mast, Asbeck, Langnase & Grund, 2001; Pérez-Rodrigo & Aranceta, 2001) que utilizaram como uma das estratégias a educação nutricional em escolas mostraram que houve não somente aumento dos conhecimentos, mas também a melhora de algumas atitudes e práticas alimentares. Por tanto, discutir a promoção da alimentação saudável no LD é de suma importância devido o caráter preventivo e de promoção à saúde das populações.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foram analisadas cinco coleções (cada coleção é formada por quatro livros) destinadas ao ensino de ciências nas séries iniciais. Para tanto, realizamos em um primeiro momento leituras exploratórias dos vinte livros com o objetivo de identificar elementos que subsidiaram a elaboração de uma grade de análise, o que nos permitiu identificar e categorizar as imagens apresentadas, bem como o seu papel pedagógico e sua relação com os textos que o acompanham.

A análise considerou os diferentes tipos de imagens: figurativas e funcionais. Para cada tipo de imagem foram observados: aspectos qualitativos, nível de iconicidade, presença de legendas, créditos e finalmente a função pedagógica que a imagem desempenha.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nas coleções de livros didáticos analisados, o tema em questão foi inserido no contexto do livro de forma variável de acordo com cada autor. Com relação à distribuição do tema nas diferentes séries, nota-se que o tema é geralmente discutido em pelo menos três séries dos quatro primeiros anos do Ensino Fundamental. Alguns autores parecem evitar a concentração dos conteúdos relativos a alimentação em um só capítulo como se fazia nos anos 80. Nestes casos o tema é diluído ao longo do livro sendo normalmente mais presente quando se discute sobre vegetais, animais e digestão. A coleção "CC", por exemplo, no volume (v.) n.º 3 (destinado a alunos entre 8 e 9 anos) apresenta noções sobre nutrição na unidade que aborda o tema "Materiais e suas transformações nos seres vivos. Já no volume 4 (destinado a crianças de 10 e 11 anos) o tema é apresentado no início da unidade 05 "Como funciona o corpo humano" e depois retomam o assunto quando abordam questões sobre "Energia e Vida". Esta forma de organização dos conhecimento relativos a alimentação evidencia as relações entre os diversos temas do conteúdo programático e evita o seu isolamento. A única coleção que apresenta os conteúdos concentrados em uma série e em um capítulo é a coleção "PP v. 03"

O tipo de abordagem utilizada na maioria dos textos centra-se nos aspectos biológicos onde o alimento é mencionado não como comida e sim como conjunto de nutrientes que possuem a função orgânica de oferecer força ao corpo para desempenhar uma atividade física (Silva, 2002). A dimensão cultural da alimentação é pouco presente nas coleções analisadas, quando se faz presente a ênfase dada é na variação de cardápios de diferentes países (ex. PA. v.03, p.119; CV. v.04, p. 100-101).

Quanto às imagens, dificilmente encontramos uma página do livro em que as mesmas não se façam presentes. São variadas - fotografias, desenhos, esquemas, tabelas e, mais

raramente gráficos. Dentre estas imagens existe predominância das fotografias, que segundo a escala de iconicidade de Moles, 1981, encontra-se no nível nove. A inserção deste tipo de imagem pode ser explicada pelo seu valor realístico. As fotografias são nítidas e geralmente representam frutas e legumes que fazem parte do cardápio brasileiro (PA. v.01, p.40). Este tipo de imagem é também usado para descrever procedimentos como, por exemplo, a coleção Porta Aberta, v01, p.43, que mostra uma seqüência de fotos evidenciando o processo de higienização dos alimentos.

Os desenhos, embora em menor quantidade, também se fazem presentes principalmente na coleção Vivência e Construção.

As tabelas e os esquemas são imagens mais raras. O primeiro tipo de imagem se faz presente quando os autores chamam atenção para importância da leitura dos rótulos dos alimentos industrializados (PC.v.03p.107) (Ver Figura 1).

Figura 1. Ilustração extraída da coleção PC. v.03 p. 107.

Verificando os rótulos dos alimentos

Nos rótulos de alimentos industrializados, as substâncias que compõem o produto devem vir descritas, bem como seu valor nutricional e suas datas de fabricação e de validade.

Composição do leite descrita em sua embalagem.

Data de fabricação e validade do pão de forma.

O segundo tipo de imagens, os esquemas, aparece na forma de pirâmide de alimentos ou círculo de alimentos. A representação gráfica dos alimentos na forma de pirâmide foi encontrada em três livros (PC.v.03,p.55; VC. v.04,p.11; PA.v.04,p.70) e a forma circular se faz presente em apenas um livro (PP. v.03, p.9). Vale ressaltar que este tipo de imagem apresenta um nível de abstração bastante elevado para os leitores dos livros. Neste caso, a presença deste tipo de imagem não pode estar dissociada do texto escrito e das explicações orais do professor. Vezin et Vezin, 1990, nos lembram que quando o aluno não domina os conhecimentos básicos, a leitura de um esquema pode tornar-se mais difícil, principalmente quando não conta com ajuda do professor. A pirâmide alimentar representada no livro PC. v.03 p.55 apresenta algumas informações que podem confundir o aluno. Ao evitar o uso de unidades de medidas, os autores fazem uso do termo "porções" para indicar a quantidade de alimentos que deve ser ingerido. No entanto, nem na legenda nem no texto que o acompanha explica o significado do termo. Embora se saiba que "porções" é um termo usado por profissionais da área de nutrição, lembramos que na linguagem cotidiana o termo pode ter vários significados (pode ser uma xícara, uma colher, um copo etc). A coleção VC v. 04, p.110 também apresenta a pirâmide alimentar usando a mesma terminologia do livro anterior, entretanto apresenta um quadro que evidencia o significado de "porções" para cada um dos grupos de alimentos.

O mapa conceitual é outra forma de esquema encontrado em duas coleções (VC,v.04,p.125;). O uso de mapas conceituais no ensino de ciências tem sido cada vez mais recomendado, entretanto, é importante lembrar que uma das características dos mapas é a sua idiossincrasia, ou seja, não existe um único mapa. Neste caso, nos perguntamos se a presença dos mapas conceituais no livro didático não incentiva o aluno a memorizar as relações representadas.

Quanto à função pedagógica das imagens, a análise dos livros nos evidencia que a grande maioria das imagens, principalmente as fotografias e os desenhos desempenham um papel motivador ou ornamental. Vale ressaltar que uma imagem foi considerada ornamental quando pode ser excluída e não compromete a compreensão do texto. A ilustração apresentada na p. 59 da coleção PC. v.03 (Figura 2), é um bom exemplo de imagem ornamental. Embora esta imagem represente os alimentos a sua relação com o texto que o acompanha não é clara.

Figura 2. Ilustração extraída da coleção PC. v.03 p. 59.

Higiene dos alimentos

Os alimentos que compõem nossa dieta podem ser consumidos crus ou cozidos. Todos devem ser lavados antes do consumo com água potável ou fervida. Os que podem ser consumidos crus devem receber um tratamento adicional.

Mônica Verdadeiro

Cesta com alimentos.

A função motivadora é evidenciada na página inicial de apresentação do tema onde as imagens são geralmente mais amplas. No manual do professor os autores sugerem que o professor faça discussões com os alunos usando estas imagens. As tiras de desenho em quadrinhos (PC. v.03, p.105), fotos de personagens históricos (CC.v.04, p.88) são exemplos de imagens que desempenham a função motivadora.

Outro aspecto observado durante a análise das coleções foi o uso de uma mesma imagem em uma mesma coleção, mas em série diferentes (CC.v.04, p.186 e v.01,p. 69). Esta repetição de imagens aliada ao fato do tema alimentação ser tratado em pelo menos três séries não passa para o aluno a sensação de déjà vue?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número reduzido de livros analisados não permite generalizações das conclusões. Entretanto, as questões analisadas nos forneceram alguns indicadores que nos levam a confirmação da nossa hipótese de que a imagem aparece na maioria dos livros como simples ilustrações. Neste caso, a imagem não passa de ornamento, elemento periférico uma vez que o conhecimento é textual, não tem uma função pedagógica.

Não resta dúvida que as imagens constituem hoje um elemento atrativo dos LD. No entanto, é ingênuo pensar que a imagem por si só dá acesso direto ao conhecimento representado. A fotografia de um prato com alimentos diferentes, por exemplo, não significa uma alimentação saudável e variada para todos. Neste caso faz-se necessário a intervenção do professor.

A análise das coleções evidenciou a predominância da abordagem biológica do tema e pouca ênfase nos seus aspectos socioculturais. Esta visão da alimentação reforça a idéia de que comer é uma atividade exclusivamente biológica. Não podemos esquecer que o hábito alimentar da criança, o leitor do LD, faz parte do sistema cultural brasileiro, embora se reconheça a dimensão continental do nosso país e as especificidades regionais.

Ao discutir os aspectos socioculturais da alimentação Silva (2002) destaca que "trata-se de um processo biocultural, e sua ação social pode proporcionar o resgate da totalidade do ser humano, reconstruindo a visão dos alimentos não apenas para a nutrição do corpo e das finanças, mas, sobretudo, para nutrir o imaginário humano". É realmente um desafio para os autores, mas não se pode perder de vista que a alimentação é o um ato social do ser humano que o acompanha enquanto ele existe, e, portanto não deve ser totalmente descartado dos processos de ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS

Barros, M. M. V.(2005) *O papel da imagem no ensino aprendizagem de divisão celular.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, DF, Brasil.

Carneiro, M. H. S. (1997, novembro). As imagens no livro didático. *Atas do Iº Encontro nacional de pesquisa em ensino de ciências,* Águas de Lindóia, SP, Brasil, 366-373.

Cassiano, S. W. (2002). *Análise de Imagens em livros didáticos de física.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Coménio, J. A. (1996). *Didática Magna*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Duchastel, P. (1990). Rôles cognitifs de l'image dans l'apprentissage scolaire. *Bulletin de Psychologie*, 41(386), 668-671.

Garcia, R. W. D. (2003). Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição*, 16 (4), 483-492.

Joly, M. (1993). *Introdução à análise da imagem.* Lisboa: Edições 70.

Jotta, L. A. C. V. (2005) *Embriologia animal: uma análise dos livros didáticos de biologia do ensino médio.* Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, DF, Brasil.

Luria, A. R., Leontiev, A. N., & Vigostsky, L. S. (1991). *Psicologia Pedagógica*. Lisboa: Editora Estampa.

Martins, I. (1997, Novembro). O papel das representações visuais no ensino aprendizagem de ciências. *Atas do I.º Encontro nacional de pesquisa em ensino de ciências*, Águas de Lindóia, SP, Brasil, 294-299.

Ministério da Educação. (2007). *Guia de livros didáticos PNLD 2008: Ciências*. Brasília, DF: B.R.

Mintz, S. W. (2001). Comida e Antropologia: Uma Breve Revisão. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 16 (47), 31-41.

Moles, A. A. (1987). *L'image. Communication fonctionelle*. Paris: Casterman.

Muller, M. J., Mast M., Asbeck I; Langnase, K.; Grund, A. (2001). Preventions of obesity – it is possible? *Obesity Review, 2*, 15-28.

Pérez-Rodrigo, C. & Aranceta, J. (2001). School-based nutrition education: lessons learned and new perspectives. *Public Health Nutrition,* 4, 131-139.

Piaget, J. (1993). *Psycologie et pédagogie.* Paris: Édition Folio, 1988.

Vézin, J-F., & Vézin, L. (1990). Illustration, Schématisation et activité interprétative. *Bulletin de Psychologie*, 41, (386), 655-666.

Richaudeau, F. (1979). *Conception et production des manuels scolaires. Guides pratique*. Paris: UNESCO.

Silva, D. O. (2002). Conhecimentos*, Atitudes e Práticas de Profissionais de Saúde da Atenção*

Básica Sobre Promoção da Alimentação Saudável no Distrito Federal, Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Coleções analisadas

Cruz, J. L.C. et AL. Projeto Pitanguá – Ciências – Ed. Moderna (PP)

Nigro, R. G; Campos, M. C. Vivencia Construção – Ciências – Ed. Ática (VC)

Gil, A.; Fanizzi, S. Ciências Naturais. Porta Aberta – Ed. FTD – (PA)

Póvoa, M. S. N.; Gallo, M. V.; Vendramim, S. Pensar e construir. Ed. Scipione – (PC)

Sampaio, F.A.A.; Carvalho, A.F. Caminhos da Ciência – Ed. IBEP – (CC)

O PROFESSOR DO 1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO COMO AGENTE FUNDAMENTAL NA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL - ANÁLISE DA SUA FORMAÇÃO INICIAL E DO CURRÍCULO FORMAL DO 1.º CICLO

Lisa Afonso[1] & Susana Macedo[2]

Resumo

A infância é o momento-chave para criar hábitos alimentares saudáveis e a escola o local preferencial. Para que o seja de forma efectiva, é essencial que haja coerência entre os princípios contemplados no currículo formal, a oferta alimentar da escola e o modelo transmitido pelos adultos de referência, sendo o professor do 1.º Ciclo do Ensino Básico um elemento fulcral neste processo. Analisou-se o currículo formal e alguns manuais escolares do 1.º Ciclo do Ensino Básico e concluiu-se que os conceitos sobre alimentação e nutrição preconizados são subjectivos, escassos e pouco claros. Seria fundamental que a formação inicial do professor do 1.º Ciclo do Ensino Básico contemplasse a educação para a saúde, nomeadamente aprendizagens relativas à nutrição e alimentação. No curso de formação inicial de professores do 1.º Ciclo analisado isto não acontece, de forma consistente.

Palavras-chave

Educação nutricional; 1.º Ciclo do Ensino Básico; professor.

INTRODUÇÃO

A prevalência de excesso de peso e obesidade é crescente em vários países e em populações de todas as classes sócio-económicas. Os últimos números lançados pela Organização Mundial de Saúde, em 2005, apontavam para que aproximadamente 1,6 biliões de adultos tivessem excesso de peso e 400 milhões obesidade (World Health Organization, 2006b). No que diz respeito à obesidade infantil, os números são também preocupantes. Portugal é o segundo país europeu com mais crianças obesas. Em 2004, **32%** das crianças dos 7 aos 9 anos tinham excesso de peso, das quais **11% eram obesas (Do Carmo I et al., 2006; Padez, Fernandes, Mourão, Moreira, & Rosado, 2004).** Este balanço é predictor de níveis futuros aumentados de uma série de doenças crónicas, como doença cardiovascular e cerebrovascular, hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, certos tipos de cancro, desordens musculo-esqueléticas e desordens mentais (Lobstein, 2004; Moreira, 2007).

A obesidade resulta de um desequilíbrio entre a energia ingerida e a energia gasta, sendo as suas principais causas de origem ambiental, nomeadamente factores relacionados com o estilo de vida: o sedentarismo e uma alimentação desequilibrada (Aranceta et al., 2007; Bell & Swinburn, 2004; Carvalhal, Padez, Moreira, & Rosado, 2007). As crianças têm pouco conhecimento sobre nutrição e os pais, a escola e os meios de comunicação têm veiculado mensagens insuficientes e ineficazes, relativamente à promoção de hábitos alimentares saudáveis (Triches & Giugliani, 2005).

As intervenções devem ir muito além da simples promoção de conhecimentos nutricionais; são necessárias acções integradas que visem a saúde das crianças, envolvendo

1. Politécnico do Porto. **lisafonso@gmail.com**
2. Universidade do Porto. **susanamacedo@gmail.com**

famílias, escolas, a comunidade e indústria alimentar, além de um sistema de saúde que invista na prevenção de doenças (Aranceta et al., 2007; Roblin, 2007; Triches & Giugliani, 2005). As vantagens da educação nutricional para a promoção da saúde individual e colectiva estão bem estabelecidas e fundamentadas. Contudo, promover a adopção de hábitos alimentares saudáveis representa um grande desafio para os profissionais de saúde. Aspectos da alimentação são difíceis de ser modificados, pois são considerados componentes da história individual, da família ou do grupo social. Intervir precocemente neste processo, por meio de acções educativas, pode influir positivamente na formação de hábitos alimentares saudáveis, uma vez que é na infância que se constroem as bases para comportamentos, incluindo aqueles relativos à alimentação (Aranceta et al., 2007; Davanço, Taddei, & Gaglianone, 2004).

A escola constitui o ambiente propício para a aplicação de programas de educação para a saúde, uma vez que se insere em todas as dimensões da criança: ensino, relações lar-escola-comunidade, ambiente físico e emocional (U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Vargas & Lobato, 2007). Para que programas, relativos à promoção de hábitos alimentares saudáveis, sejam eficazes é fundamental que haja uma integração da equipa de saúde, da escola, da criança e da família, tendo como ponto-chave os conteúdos trabalhados ao longo e no momento de expressão das práticas, crenças, saberes e vivências da criança, de forma integrada e não dissociados em práticas pedagógicas exclusivamente teóricas (Roblin, 2007; Vargas & Lobato, 2007). Sendo a escola um meio favorável ao processo educativo, o professor é o membro central da equipa de saúde escolar pois, além de ter maior contacto com os alunos, está envolvido na sua realidade social e cultural (Davanço et al., 2004). Vários estudos comprovam a maior eficácia da educação nutricional aplicada por professores, quando comparada com a mesma aplicada por nutricionistas (Davanço et al., 2004; Panunzio, Antoniciello, Pisano, & Dalton, 2007; Vargas & Lobato, 2007). Torna-se então fulcral a implementação da educação nutricional desde a infância, devendo a difusão destes conhecimentos ser feita através de profissionais aptos e formados para tal efeito (Vargas & Lobato, 2007). Formar os professores é portanto uma condição pois, estando estes envolvidos e comprometidos com esta causa, podem estimular práticas alimentares saudáveis, nas suas aulas (Davanço et al., 2004; Panunzio et al., 2007; Vargas & Lobato, 2007).

1. OBESIDADE, A EPIDEMIA DO SÉC. XXI

A alimentação saudável constitui uma necessidade básica à manutenção da vida, que permite fornecer energia, construir e reparar estruturas orgânicas e regular processos de funcionamento do nosso organismo, além de ser um instrumento fundamental na socialização e na expressão cultural (Direcção Geral de Saúde, 2006; World Health Organization, 2005). Na infância e na adolescência, faixas etárias mais sensíveis à carência e/ou desadequação alimentar, ganha ainda maior importância, por estar directamente relacionada com um saudável desenvolvimento e com a prevenção de patologias do foro alimentar (Direcção Geral de Saúde, 2006; World Health Organization, 2005). A circular n.º 14/DGIDC/2007 (2007), que define normas gerais de alimentação para refeitórios escolares, refere (p.1) que "uma alimentação saudável e equilibrada é um factor determinante para ganhos em saúde, e para o rendimento escolar dos alunos" (Ministério da Educação, 2007a, 2007b).

A obesidade é definida pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia do século XXI, pelas dimensões que adquiriu e pelo seu impacto na morbilidade/mortalidade, qualidade de vida e gastos em saúde (Aranceta et al., 2007; Batista MIM, Lima R, & de Almeida MDV, 2006). Apresenta hoje uma prevalência superior à desnutrição e às doenças infecciosas e estima-se que, à escala mundial, seja a segunda maior causa de morte passível de ser prevenida (Batista MIM et al., 2006). Um preocupante aumento da

prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças e adolescentes tem decorrido desde a última metade do século XX, em praticamente todos os países do mundo. Este aumento tem sido ainda mais significativo nos últimos 10 anos, tendo-se estimado em 2002 que 155 milhões de crianças em idade escolar teriam excesso de peso ou obesidade (Lobstein, 2004). A prevalência de excesso de peso nas crianças da União Europeia apontava, em 2006, para os 30% (Comissão Europeia, 2007b). Portugal não é excepção: mais de metade dos adultos portugueses e mais de 30% das crianças apresentam excesso de peso/obesidade (Do Carmo I et al., 2006). A obesidade surge com base em factores genéticos e ambientais. Caracteriza-se por uma alteração da composição corporal, com aumento da quantidade de gordura corporal. Estudos evidenciam um envolvimento da componente ambiental em 95% dos casos de obesidade, relacionados com o sedentarismo e com hábitos alimentares que favorecem um balanço energético positivo e, como consequência, uma gradual acumulação de massa gorda (Aranceta et al., 2007; Bell & Swinburn, 2004; Padez et al., 2004).

2. INVERTER A TENDÊNCIA DA OBESIDADE

Crianças com excesso de peso e obesidade têm um risco acrescido de desenvolver co-morbilidades como diabetes *mellitus* tipo 2 e outras desordens endócrinas e ortopédicas (Lobstein, 2004; Moreira, 2007). Crianças com excesso de peso entram na fase adulta com um risco 17 vezes superior de desenvolver obesidade. A obesidade, por sua vez, aumenta a susceptibilidade a doenças metabólicas e cardiovasculares, a certos cancros e a outras desordens, incluindo problemas psiquiátricos. Mesmo que, posteriormente, haja uma perda de peso e sua manutenção, existem evidências de que a taxa de mortalidade é superior nestes adultos, que foram obesos na adolescência (Lobstein, 2004). As consequências psicossociais da obesidade são também de importante relevância e relacionam-se com discriminação social, auto-imagem negativa, que persiste na adolescência e vida adulta, problemas de comportamento e aprendizagem (Aranceta et al., 2007; Direcção Geral de Saúde, 2006; World Health Organization, 2005). A longo prazo, isto traduzir-se-á num impacto negativo na esperança média de vida e numa reduzida qualidade de vida para a população (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Mas esta epidemia é reversível (Comissão Europeia, 2007a). A maioria das doenças que assombram a população podem ser prevenidas com a alteração de estilos de vida: a Organização Mundial de Saúde afirma que 80% da doença cardio e cerebrovascular e da diabetes *mellitus* tipo 2 e 40% dos cancros poderiam ser eliminados se os factores de risco em comum, relacionados com o estilo de vida, desaparecessem (Comissão Europeia, 2007a). Para tal, são necessárias medidas abrangentes, que incidam de imediato sobre as crianças e jovens, de modo que se possam observar os seus efeitos dentro dos próximos 4 ou 5 anos (Council of the European Union, 2007; Ministério da Saúde, 2007; World Health Organization, 2006a). Segundo a Carta Europeia da Luta contra a Obesidade deve controlar-se, até 2015, o crescimento desta epidemia, centrando a atenção sobre três pilares: alimentação saudável, equilibrada, variada e completa, adequada às necessidades para a faixa etária; incremento da actividade física e programa educativo, escolar e institucional, multissectorial. É, portanto, primordial promover estilos de vida saudáveis logo na infância, de forma a inverter urgentemente esta tendência (Comissão Europeia, 2007a; Council of the European Union, 2007; Ministério da Saúde, 2007; World Health Organization, 2006a).

3. A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA – EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

A primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, realizada em Ottawa, a 21 de Novembro de 1986, apresentou o conceito de promoção da saúde como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (Direcção Geral da Saúde, 2008). Em contexto escolar,

Educar para a Saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os tornem capazes de tomar decisões adequadas ao bem-estar físico, social e mental, preconizado já em 1993, pela Organização Mundial de Saúde, numa nova definição de saúde que deixou de considerar apenas a ausência de doença e/ou efemeridade (Organização Mundial de Saúde, 1993).

A infância é um período chave para instituir hábitos saudáveis e para desenvolver e optimizar estratégias para lhes dar continuidade na vida adulta. A escola tem aqui um papel fundamental, existindo evidência clara da eficácia das estratégias aplicadas a este nível. Estudos demonstram que acções direccionadas, aplicadas a grupos, até aos 12 anos de idade, são efectivas a longo prazo, na alteração de comportamentos (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). O contexto escolar, ao proporcionar dentro da sala de aula uma abordagem curricular de temas relacionados com a alimentação e ao fornecer alimentos saudáveis nos espaços de alimentação colectiva, como bufetes e cantinas, possibilita a mudança de conhecimentos e de comportamentos. Por tudo isso e também graças à influência dos pares, professores e auxiliares de acção educativa, a escola é decididamente um local preferencial para o desenvolvimento de escolhas alimentares saudáveis, por parte das crianças e jovens (Direcção Geral de Saúde, 2006; Kubik, Lytle, & Story, 2005; Rossiter, Glanville, Taylor, & Blum, 2007; World Health Organization, 2005).

Da fundamental cooperação entre a educação e a saúde nasce, na década de 80, o conceito "Escola Promotora de Saúde", baseado na Carta de Ottawa e na Convenção dos Direitos da Criança (Direcção Geral de Saúde, 2008; Loureiro, 2004). A 1.ª Conferência da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde teve lugar na Grécia, em 1997, e dela resultou a resolução que delineava 10 áreas prioritárias para o desenvolvimento das Escolas Promotoras de Saúde, sendo duas delas: o currículo formal e a formação de professores na área (Direcção Geral de Saúde, 2008). Em Portugal, os Ministérios da Saúde e Educação formalizaram, em 1994, uma parceria que visava uma activa colaboração entre escolas e centros de saúde. Dessa parceria resultou a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, integrada na Rede Europeia (Direcção Geral de Saúde, 2008; Ministério da Educação, 2006b). O XVII Governo Constitucional consagrou no seu programa, de entre os objectivos prioritários de política educativa, a adopção de medidas atinentes à promoção da saúde no meio escolar, reforçando a necessidade de trabalho na Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2006b; Ministério da Educação, 2006b). As estratégias da Organização Mundial de Saúde, *Health for All in the 21st century*, apontam para que, no ano 2015, pelo menos 50% das crianças que frequentam o jardim-de-infância e 95% das que frequentam a escolaridade obrigatória e o ensino secundário terão oportunidade de ser educadas em escolas promotoras de saúde (World Health Organization, 1999). Visto isto, e também na sequência do relatório preliminar criado pelo Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Saúde em 2005 e do Despacho n.º 25 995/2005 do gabinete da Ministra, no dia 7 de Fevereiro de 2006, foi assinado um Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, com o objectivo de desenvolver actividades de promoção da educação para a saúde em meio escolar (Ministério da Educação, 2006b). Este protocolo apela à promoção dos factores de protecção relacionados com o estilo de vida, junto à comunidade educativa, nas áreas de saúde prioritárias, tais como a alimentação saudável. Propõe na cláusula segunda, alínea a) o estudo e reorganização do currículo, na perspectiva do desenvolvimento curricular da educação para a saúde nos projectos de escola e turma, e na alínea d) o aproveitamento das áreas curriculares não disciplinares para a abordagem da promoção da saúde (Ministério da Educação, 2006b). O Despacho n.º15 987/2006 surge a 27 de Setembro de 2006, depois da publicação dos Despachos n.º 19737 /2005 e n.º 25994/2005 e após a celebração, também neste domínio, do Protocolo entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. É, neste Despacho, definido o

enquadramento a observar por Agrupamentos/Escolas no que se refere à Promoção e Educação para a Saúde, sendo obrigatória a sua inclusão no projecto educativo da escola. Neste enquadramento foi estabelecida a abordagem específica das quatro temáticas de Educação para a Saúde, consideradas prioritárias: a alimentação e actividade física; o consumo de substâncias psicoactivas; a educação sexual e a violência em meio escolar (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2006b; Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2006). A alimentação corresponde, em conjunto com a actividade física, a 25% da totalidade de temáticas consideradas prioritárias na Educação para a Saúde, a exercer nas escolas. Neste seguimento, a Plataforma Contra a Obesidade (2007), da Direcção Geral de Saúde, aponta como uma das acções fundamentais a desenvolver para reduzir a incidência da pré-obesidade e obesidade e a sua prevalência em crianças, adolescentes e adultos "integrar o Programa de Educação para a Saúde, em desenvolvimento nas Escolas, através de um conjunto de valências que promovam a actividade física e a alimentação saudável" (p.7), designadamente a educação/formação sobre estilos de vida saudáveis (Direcção-Geral de Saúde, 2007).

4. SISTEMA EDUCATIVO PORTUGUÊS

Em Portugal, o Ministério da Educação é o departamento governamental responsável, nos termos da Lei de Bases do Sistema Educativo, pela política nacional relativa ao sistema educativo, no âmbito da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário (Direcção-Geral de Educação e Cultura, 2005). A Lei de Bases do Sistema Educativo é a principal referência para o funcionamento das escolas dos diferentes níveis de ensino e para a formação dos professores. Esta lei, n.º 46/86, de 14 de Outubro, alterada pela Lei n.º 115/1997, de 19 de Setembro e pela Lei n.º 49/2005, de 30 de Agosto, estabelece o direito à educação e à cultura e garante o direito a uma efectiva igualdade de oportunidades no acesso e sucesso escolares (Direcção-Geral de Educação e Cultura, 2005; Direcção Geral de Educação e Cultura, 2003).

Em 2001, com os princípios do Decreto-Lei n.º 6/2001, o Ministério da Educação definiu orientações para uma nova organização e gestão do currículo do ensino básico, que levou à construção de um currículo nacional assente no desenvolvimento de um eixo comum que articula saberes de referência com as competências de saída do ensino básico, assentes num processo flexível de procura de respostas diferenciadas e adequadas às necessidades e características de cada aluno, escola ou região (Benavente, 2001; Direcção-Geral de Educação e Cultura, 2005). Cada escola, dentro dos limites do currículo nacional, organiza e gere de forma autónoma todo o processo de ensino e aprendizagem, adequando-o aos seus alunos, na tradução de componentes locais e regionais e construindo o seu próprio projecto curricular (Direcção-Geral de Educação e Cultura, 2005; Direcção Geral de Educação e Cultura, 2003; Ministério da Educação, 2001b). Para além das áreas disciplinares, foram criadas três áreas curriculares não disciplinares - a Área de Projecto, o Estudo Acompanhado e a Educação Cívica - da responsabilidade do professor titular de cada turma (Direcção Geral de Educação e Cultura, 2003; Ministério da Educação, 2001b).

4.1. 1.º Ciclo do Ensino Básico

No 1.º Ciclo do Ensino Básico o ensino é globalizante, da responsabilidade de um único professor, que pode ser coadjuvado em áreas especializadas (Ministério da Educação, 1986, 2005). As turmas devem ser constituídas, no máximo, por 25 alunos; o mesmo professor deve acompanhar o grupo de alunos ao longo dos 4 anos que compõem o 1.º Ciclo do Ensino Básico. O horário de funcionamento compreende um total de 25 horas semanais (Direcção Geral de Educação e Cultura, 2003). O Grupo de Trabalho para a Educação Sexual/Saúde, criado em 2005, que estuda e propõe os parâmetros gerais de programas de educação para a saúde em meio escolar, define no relatório preliminar, como

fundamental, no 1.º Ciclo do Ensino Básico, trabalhar a protecção do corpo (promoção do bem-estar, da higiene, dos bons hábitos alimentares, da actividade física, da segurança pessoal e da vacinação; prevenção das parasitoses, dos acidentes e das lesões) sendo este 1 dos 11 pontos (9%) a desenvolver em contexto escolar, apresentados como prioritários (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2005).

4.1.1. O professor do 1.º ciclo como agente fundamental na Educação Nutricional

A complexidade do processo de aprendizagem, o seu carácter multifacetado, a crescente heterogeneidade dos públicos escolares e a multiplicidade das funções e tarefas a executar nas instituições educativas exigem, para um adequado desempenho profissional, uma adequada formação inicial, que prepare o professor para todas estas vertentes (Ponte, Januário, Ferreira, & Cruz, 2000). A sua actividade deve assentar numa sólida formação cultural, pessoal e social, de carácter científico, humanístico ou artístico, como prevê o ordenamento jurídico da formação de professores (Ministério da Educação, 1989). O professor do 1.º Ciclo do Ensino Básico tem um papel fundamental no desenvolvimento das crianças, por ser um professor único. É nesta fase que se formam as crianças para os hábitos de observação, de questionamento, de trabalho, de motivação e de interesse (Alarcão, Freitas, Ponte, Alarcão, & Tavares, 1997; Bicudo-Pereira, 2003). O relatório da UNESCO sobre a educação para o século XXI (1997) recomenda aos governos especial empenho em reafirmar a importância dos professores da educação básica pois "se o primeiro professor da criança tiver uma formação deficiente ou se revelar pouco motivado, são as próprias fundações sobre as quais se irão construir as futuras aprendizagens que ficarão pouco sólidas" (p.10) (Alarcão et al., 1997).

Segundo a Teoria Social Cognitiva, de Bandura, comportamentos, factores pessoais e ambientais interagem e influenciam, reciprocamente, o comportamento, conduzindo à mudança. Ora os professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico são os responsáveis por criar conhecimentos, actuando como modelos de comportamento; logo, quando informados e motivados, podem tornar-se agentes transformadores do comportamento alimentar das crianças, exercendo uma influência positiva, na formação de hábitos saudáveis (Davanço et al., 2004; Kubik, Lytle, Hannan, Story, & Perry, 2002). O professor pode influenciar os hábitos alimentares dos seus alunos de diversas formas: pela transmissão adequada de conhecimentos; ao actuar positivamente como modelo e ao promover práticas alimentares saudáveis na sua sala de aula, em detrimento de más escolhas alimentares (Bizzo & Leder, 2005; Rossiter et al., 2007). Vários estudos analisam o papel do professor como modelo na escolha alimentar - por ingerir um lanche saudável no intervalo de aulas, por estimular a criança a provar determinados alimentos, etc. – comprovando uma influência positiva na aceitação e ingestão de alimentos (Bizzo & Leder, 2005; Hendy & Raudenbush, 2000). É fundamental que, para tal efeito, os professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico possuam conhecimentos suficientes sobre a prática de uma alimentação saudável e sobre as necessidades alimentares das crianças e adolescentes (Rossiter et al., 2007). A introdução desta componente no currículo da formação inicial dos professores é já apontada em vários estudos como fundamental para que estas competências sejam adquiridas e para que a devida influência seja exercida (Davanço et al., 2004; Kealey, Peterson Jr, Gaul, & Dinh, 2000; Panunzio et al., 2007; Rossiter et al., 2007; Vargas & Lobato, 2007). A estratégia de combate à obesidade em Espanha, por exemplo, apresenta como um dos seus objectivos incluir nos cursos de formação de professores orientações e materiais didácticos sobre nutrição e alimentação, a sua influência na saúde e a importância de praticar regularmente actividade física (Agencia Española de Seguridad Alimentaria, 2005).

Nas escolas portuguesas, segundo dados apresentados no relatório preliminar do Grupo de Trabalho para a Educação Sexual/Saúde, os professores participam activamente na educação nutricional. O Grupo de Trabalho para a Educação Sexual/Saúde concluiu que

a educação em matérias relacionadas com a saúde, onde se inclui a educação nutricional, tem-se processado fundamentalmente através de três dinâmicas (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2005):

Acções de formação para alunos, professores e pais, dinamizadas por agentes exteriores à escola - são acções de carácter pontual, sem continuidade pedagógica que aparecem com carácter essencialmente informativo e fora da competência das escolas;

Conteúdos "transversais" trabalhados em todas as disciplinas - são acções com continuidade pedagógica, que aparecem com carácter informativo e reflexivo dentro da competência das escolas, no âmbito das disciplinas (trabalho das escolas integradas na rede das escolas promotoras de saúde);

Área curricular não disciplinar, integrada no currículo escolar regular – são unidades lectivas com continuidade pedagógica que aparecem com carácter informativo e reflexivo, dentro da competência das escolas.

Dados apresentados pelo Grupo de Trabalho para a Educação Sexual/Saúde comprovam que a educação nutricional exercida pelo professor é mais eficaz do que aquela exercida pontualmente por agentes exteriores à escola (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2005, 2007; Gottfredson, 1997). Uma análise de 149 estudos de promoção de saúde em contexto escolar revela que os programas bem sucedidos têm como objectivo criar a capacidade de iniciar e manter mudanças, envolvem equipas baseadas nas escolas, incluem a promoção de competências pessoais e sociais das crianças e adolescentes e são programas longos. Por outro lado, os programas que não funcionam são aqueles que se baseiam no aconselhamento, na indução do medo e num apelo moral, que têm por base actividades extra curriculares pontuais e que fornecem apenas informação (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2005, 2007; Gottfredson, 1997). O Grupo de Trabalho para a Educação Sexual/Saúde estabeleceu como prioridade, em 2005, o acompanhamento/apoio às escolas e respectivos intervenientes no processo da Educação para a Saúde. No relatório apresentado em Janeiro de 2007, as reuniões com os agrupamentos/escolas merecem um destaque especial, por se traduzirem em momentos importantes de reflexão sobre as temáticas associadas à Promoção e Educação para a Saúde (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2007; Gottfredson, 1997). Os principais problemas evocados, nestas reuniões, prendem-se com a falta de tempo de todos os intervenientes no processo (alunos, pais e professores) para a Educação para a Saúde e algumas das sugestões vão no sentido de reorganizar o horário dos alunos e professores e formar os professores (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2007). Formar os professores é portanto fulcral, pois estando estes sensibilizados e informados, podem estimular, nas suas aulas, práticas alimentares saudáveis (Davanço et al., 2004; Panunzio et al., 2007; Vargas & Lobato, 2007).

4.1.1.1. O que ensina - análise do currículo formal do 1.º Ciclo

As intervenções que estão incluídas no currículo conseguem maior sustentabilidade no tempo sendo, por isso, mais efectivas (Aranceta et al., 2007; Kealey et al., 2000). Nos currículos do sistema educativo de diferentes países da União Europeia há um investimento nas questões nutricionais e alimentares, tanto do ponto de vista biológico e na sua relação com a saúde, como do ponto de vista cultural e social (Batista MIM et al., 2006). Os conceitos definidos no Programa Nacional são transmitidos pelo professor. Ao professor foi concebida a liberdade de ajustar o programa à realidade da escola em que se insere, organizando-o e gerindo-o de acordo com a realidade em questão (Direcção-Geral de Educação e Cultura, 2005; Direcção Geral de Educação e Cultura, 2003). Pretendeu-se analisar o currículo formal do 1.º Ciclo do Ensino Básico, de forma a compreender que conceitos sobre alimentação/nutrição são preconizados. No currículo formal do 1.º

Ciclo do Ensino Básico, os conceitos relativos à alimentação/nutrição são abordados na disciplina de estudo do meio. Assim sendo, analisou-se o documento descritivo das competências essenciais desta disciplina e os conteúdos incluídos no Programa Nacional. Pretendeu-se compreender com que competências na área da alimentação/nutrição se espera que o aluno termine o 1.º Ciclo do Ensino Básico e qual o peso, em percentagem, dos objectivos acerca da alimentação/nutrição preconizados na disciplina, relativamente ao resto do programa de estudo do meio. Foram também analisados alguns manuais escolares para clarificar de que forma surgem transpostos os objectivos contemplados no programa nacional.

a) Competências Essenciais 1.º Ciclo – Análise do Estudo do Meio

O estudo do meio é uma área curricular interdisciplinar, que reúne os principais ramos do saber - científico, tecnológico e social – que contribuem para a compreensão do mundo (Ministério da Educação, 2001a). Várias disciplinas dão o seu contributo para o desenvolvimento de competências no âmbito do estudo do meio: a biologia, a geologia, a química, a física, a geografia e a história (Ministério da Educação, 2001a). As noções sobre alimentação/nutrição estão incluídas numa única competência (p.83): ”reconhecimento de que a sobrevivência e o bem-estar dependem de hábitos individuais de alimentação equilibrada, de higiene, de actividade física e de regras de segurança e de prevenção”, que corresponde a 3% da totalidade de competências que o estudo do meio deve construir (Ministério da Educação, 2001a).

b) Currículo Nacional 1.º Ciclo – Análise do Estudo do Meio

No documento descritivo do Programa Nacional (2004), o estudo do meio apresenta 10 objectivos gerais sendo que um deles passa por “desenvolver hábitos de higiene pessoal e de vida saudável utilizando regras básicas de segurança e assumindo uma atitude atenta em relação ao consumo” (p.104); um outro propõe que o aluno saiba “identificar problemas concretos relativos ao seu meio e colaborar em acções ligadas à melhoria do seu quadro de vida” (p.103). Podemos então concluir que a promoção de hábitos saudáveis se inclui em 20% (2 em 10) da totalidade de objectivos gerais da disciplina de estudo do meio (Ministério da Educação, 2004).

Quanto aos objectivos específicos da disciplina de estudo do meio, relativos ao estudo da alimentação/nutrição, estão distribuídos, do 1.º ao 4.º ano, da seguinte forma (Ministério da Educação, 2004):

1.º Ano: Regras de higiene alimentar e de alimentação saudável. Corresponde a 2% da totalidade de objectivos do estudo do meio, para este ano.

2.º Ano: Normas de higiene alimentar, noções sobre rotulagem e importância da água potável. Corresponde a 2% da totalidade de objectivos do estudo do meio, para este ano.

3.º Ano: Função digestiva e fenómenos relacionados com este processo e a respectiva reacção; plantas e a sua utilidade para a alimentação; condições de armazenamento e manuseamento de alguns alimentos; leitura do rótulo e criação de gado e pesca como fontes de alimentos e de matérias-primas. Estes objectivos correspondem a 11% da totalidade.

4.º Ano: Principais produtos agrícolas portugueses e os produtos ligados à pecuária. Corresponde a 3% da totalidade de objectivos, para este ano.

Em média, nos 4 anos do 1.º Ciclo do Ensino Básico, os objectivos relativos à alimentação/nutrição correspondem a 5% da totalidade de objectivos da disciplina de estudo do meio. Os objectivos relativos à alimentação/nutrição são pouco claros e específicos, particularmente aqueles que correspondem ao 1.º e 2.º anos. Apenas 13% da totalidade de objectivos são específicos para a aprendizagem de regras de alimentação

saudável e/ou higiene alimentar e esta percentagem diz respeito aos conceitos transmitidos no 1.º e 2.º anos. A maioria (50%) transmitem informação acerca da origem dos alimentos (agricultura, pecuária, etc.).

O Secretário de Estado da Educação definiu, no ano lectivo de 2006/2007, princípios e sugestões para a gestão do currículo do 1.º ciclo do ensino básico estipulando, para o estudo do meio, um tempo de trabalho semanal de 5 horas, metade das quais obrigatoriamente dedicadas ao ensino experimental das ciências. Restam então 2,5 horas para o ensino de todos os conceitos do estudo do meio, o que corresponde, apenas, a 10% do tempo de aulas semanal (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2006a, 2006c).

c) Manuais Escolares 1.º Ciclo – Análise do Estudo do Meio

A Lei n.º47/2006, que define o regime de avaliação, certificação e adopção dos manuais escolares, confere liberdade e autonomia científica e pedagógica na concepção e elaboração dos manuais escolares e autonomia aos docentes, na sua escolha e utilização, no contexto do projecto educativo em que se inserem (Ministério da Educação, 2006a). É contudo exigida qualidade científico-pedagógica dos manuais escolares e sua conformidade com os objectivos e conteúdos do currículo nacional e dos programas e orientações curriculares (Ministério da Educação, 2006a). Cada Agrupamento de Escolas opta por diferentes manuais que, depois de aprovados, são utilizados durante tempo determinado. Assim sendo e porque ,os manuais da disciplina de estudo do meio utilizados nas escolas de 1.º Ciclo do Ensino Básico portuguesas são diversos, foram pesquisados, aleatoriamente, 12 manuais escolares de estudo do meio, do 1.º ao 4.º ano (Da Silva & Monteiro, 2004, 2005; Leite & Pereira, 1999; Monteiro & Paiva, 2006; Mota, 2006; Paiva & Pinheiro, 2003; A. Rocha, Do Lago, & Linhares, 2003; A. Rocha, Do Lago, & Linhares, 2004, 2005, 2006; Rodrigues, Landeiro, & Matos, 2007; Trindade & Mestre, 2003). Concluiu-se, desta análise, que existem variações entre editoras, não surgindo os mesmos objectivos do programa nacional transcritos da mesma forma, o que pode ser justificado pela subjectividade dos objectivos apresentados no programa nacional. Apesar disso, os temas abordados reflectem o Programa Nacional, para cada ano lectivo. Constatou-se incoerência em alguns dos conceitos transmitidos, sendo, por exemplo, incluída a alimentação saudável na temática de higiene alimentar, nos manuais de 1.º e 2.º anos. Para além disso foram detectados erros nas mensagens transmitidas como, por exemplo, a preconização de apenas 4 refeições por dia e a apresentação da roda dos alimentos, mal concebida, em manuais do 1.º ano.

4.1.1.2. O que aprende – análise da formação inicial

A introdução da componente de educação para a saúde no currículo da formação inicial dos professores é referida em vários estudos como passo fundamental para que conhecimentos e competências sejam adquiridos de forma a que o professor, informado, possa exercer o devido efeito sobre os seus alunos (Davanço et al., 2004; Kealey et al., 2000; Panunzio et al., 2007; Rossiter et al., 2007; Vargas & Lobato, 2007). Como tal, analisou-se o currículo do "Curso de Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico", da Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto, de forma a compreender que conhecimentos, acerca da alimentação/nutrição, este curso transmite aos futuros professores. A Escola Superior de Educação pertence, desde 1985, ao Politécnico do Porto e tem por missão intervir no sistema educativo, desenvolvendo actividades de formação de educadores de infância, professores do 1.º e 2.º ciclo do ensino básico e técnicos em áreas paraescolares (Instituto Politécnico do Porto, 2008b). O "Curso de Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico" é um dos cursos de formação inicial que a Escola Superior de Educação proporciona desde o ano lectivo de 1986/87. Tem a duração de formação de 4 anos lectivos e confere o grau de licenciatura, permitindo a docência no 1.º Ciclo

do Ensino Básico, em instituições públicas e privadas (Instituto Politécnico do Porto, 2008a). Analisou-se o plano de estudos do curso de "Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico" e com o amável apoio dos docentes da Escola Superior de Educação clarificou-se que, para o ensino da alimentação/nutrição, cinco disciplinas merecem especial atenção: Ciências da Natureza II, Prática Pedagógica I, II e III e Seminário de Acompanhamento de Projecto.

A disciplina de Ciências da Natureza II é a única que aborda, directamente, conteúdos de alimentação/nutrição. Explora conteúdos de química, biologia e competências relacionadas com estas áreas da actividade humana (Escola Superior de Educação, 2007a, 2007b, 2007c). Nas aulas teóricas de biologia são abordados os seguintes temas: teoria celular; origem da vida e sua diversidade; os cinco reinos da natureza; o reino das plantas, o reino animal; fisiologia humana; nutrição e dieta como factores de equilíbrio do organismo; crescimento, reprodução, sexualidade e planeamento familiar. O estudo da alimentação/nutrição corresponde a 25% dos tópicos a abordar na biologia (fisiologia humana e nutrição e dieta como factores de equilíbrio do organismo) e a 11% dos tópicos a abordar na disciplina de Ciências da Natureza II (Escola Superior de Educação, 2007b). O único livro recomendado, que transmite conhecimentos de alimentação/nutrição, é "Alimentação, Poluição, Habitat – Vencer as doenças do nosso meio ambiente", uma mini enciclopédia (400 páginas) editada em 1994 (Escola Superior de Educação, 2007b; Musarella & Jacquemart, 1994). É de salientar que o programa da disciplina de Ciências da Natureza II é aberto e que a lista de conteúdos não está isenta de ser alterada (Escola Superior de Educação, 2007b). A docente esclareceu que, pelo facto do número de aulas ser escasso para trabalhar todo o programa, nem sempre a nutrição era abordada.

As disciplinas de Prática Pedagógica I, II e III, de carácter anual, são leccionadas no 2.º, 3.º e 4.º anos, respectivamente (Instituto Politécnico do Porto, 2008c)**.** Na prática pedagógica pretende-se que o aluno mobilize integralmente conhecimentos científicos relativos às áreas, conteúdos curriculares e os condicionantes individuais e contextuais, analisando para isso, criticamente, o currículo nacional do 1.º ciclo do ensino básico e projectos curriculares de escolas e de turmas (Escola Superior de Educação, 2007d, 2007e, 2007f). A disciplina de Seminário de Acompanhamento de Projecto tem carácter anual e é leccionada no 4.º ano deste curso (Instituto Politécnico do Porto, 2008c). O aluno desenvolve um Projecto de Formação Pessoal, articulado e integrado no projecto curricular de turma e adequado ao projecto curricular da escola que está a acompanhar no estágio (Escola Superior de Educação, 2007g). Esta disciplina permite ao aluno articular as exigências curriculares e as respectivas condicionantes (socioeconómicas, culturais, escolares, pessoais, etc.), também de decisão no acto educativo (Escola Superior de Educação, 2007g). As disciplinas de Prática Pedagógica I, II e III e a disciplina Seminário de Acompanhamento de Projecto não acrescentam mais conhecimentos acerca do tema de alimentação/nutrição mas são fundamentais na abordagem deste tema pelos futuros professores, uma vez que destas aulas resultarão conhecimentos e competências para pôr em prática o Programa Nacional e todas as temáticas que ele abrange.

A disciplina de Educação para a Saúde presente no curso de "Educação de Infância", desta mesma instituição, não está presente no curso de "Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico" sendo, na opinião dos docentes deste curso, a maior falha que este apresenta.

CONCLUSÃO

A escola é o local chave para a aplicação de programas de promoção de saúde, nomeadamente de educação nutricional. Para que o seja de forma efectiva, é essencial que haja coerência entre os princípios de alimentação racional contemplados no currículo formal, a oferta alimentar da escola e o modelo transmitido pelos adultos de referência (professores e auxiliares de acção educativa nas escolas e pais em casa). O currículo formal

deve ser coerente e objectivo, no que diz respeito ao ensino da alimentação/nutrição, sendo fundamental a participação de profissionais aptos para o efeito na sua concepção, assim como na transcrição para manuais escolares. Estes devem ser cuidadosamente escritos e deve proceder-se à revisão técnica profissional, no âmbito da alimentação/nutrição.

O professor do 1.º Ciclo do Ensino Básico é um agente crucial na educação nutricional: por ser um professor único com a liberdade de gerir o programa nacional e de o adequar à escola em que se insere; por ser o responsável pela trasmissão dos conteúdos das áreas curriculares disciplinares e não disciplinares; por estar envolvido na realidade física, emocional e afectiva das crianças, acompanhando-as durante várias horas semanais e, por último, pelo efeito positivo que é capaz de exercer sobre os alunos, na aceitação e ingestão de alimentos, actuando como modelo. Seria por isso importante que adquirisse bases para tal, devendo os cursos de formação inicial de professores de 1.º Ciclo do Ensino Básico contemplar a educação para a saúde no seu currículo, com temas específicos de alimentação e nutrição. Deveriam também existir orientações técnicas, que guiassem a intervenção do professor de 1.º Ciclo do Ensino Básico, no sentido da promoção da saúde e, especificamente, da educação nutricional.

Para que a educação nutricional seja efectiva deveria ser institucionalizada, não continuando dependente da decisão dos distritos, escolas ou professores.

REFERENCES

Agencia Española de Seguridad Alimentaria. (2005). *Estrategia NAOS - Estrategia para la nutrition, Actividad Física y Prevención de la Obesidad*. Madrid.

Alarcão, I., Freitas, C. V., Ponte, J. P., Alarcão, J., & Tavares, M. J. F. (1997). A formação de professores no Portugal de hoje, *Documento de Trabalho do CRUP - Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas*. Retrieved November 2007 from www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/97-Alarcao-Ponte(CRUP).rtf -.

Aranceta, J., Pérez-Rodrigo, C., Serra-Majem, L., Bellido, D., De La Torre, M. L., Formiguera, X., et al. (2007). Prevention of overweight and obesity: A Spanish approach. *Public Health Nutrition, 10*(10 A), 1187-1193.

Batista MIM, Lima R, & de Almeida MDV. (2006). *Educação Alimentar em Meio Escolar - Referencial para uma oferta alimentar saudável*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Bell, A. C., & Swinburn, B. A. (2004). What are the key food groups to target for preventing obesity and improving nutrition in schools? *European Journal of Clinical Nutrition, 58*(2), 258-263.

Benavente, A. (2001). Portugal 1995/2001: reflexões sobre democratização e qualidade na educação básica. *Revista Ibéro-Americana de Educação, 27*.

Bicudo-Pereira, I. (2003). Escolas Promotoras de Saúde onde está o trabalhador professor? *Saúde em revista, 5*(11).

Bizzo, M. L. G., & Leder, L. (2005). Nutrition education in the national curricular parameters for elementary schooling. *Educação nutricional nos parâmetros curriculares nacionais para o ensino fundamental, 18*(5), 661-667.

Carvalhal, M. M., Padez, M. C., Moreira, P. A., & Rosado, V. M. (2007). Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years. *European Journal of Public Health, 17*(1), 42-46.

Comissão Europeia. (2007a). Documento de trabalho dos serviços da Comissão - que acompanha o Livro branco sobre uma estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligados

à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade. Bruxelas. Retrieved November 2007 from http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm.

Comissão Europeia. (2007b). Livro Branco - Uma estratégia para a Europa: Nutrição, Excesso de peso e Obesidade. Bruxelas. Retrieved January 2008 from http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf.

Council of the European Union. (2007). Health promotion by means of nutrition and physical activity, *Doc Eur/06/5062700*. Bruxelas. Retrieved November 2007, from http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/07/st09/st09363.en07.pdf.

Da Silva, C. V., & Monteiro, M. L. (2004). *Júnior - Estudo do Meio 2.º ano* (1.ª ed.). Lisboa: Texto Editora, Lda.

Da Silva, C. V., & Monteiro, M. L. (2005). *Júnior - Estudo do Meio 3.º ano* (1.ª ed.). Lisboa: Texto Editores, Lda.

Davanço, G. M., Taddei, J. A. D. A. C., & Gaglianone, C. P. (2004). Knowledge, attitudes and practices of teachers of basic cycle, exposed and non exposed to a Nutrition Education Course. *Revista de Nutrição, 17*(2), 177-184.

Direcção-Geral de Educação e Cultura. (2005). O Sistema Educativo em Portugal, *Eurydice*. Retrieved November 2007 from http://www.eurydice.org/ressources/eurydice/pdf/eurybase/2006_DNPT_PT.pdf.

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. (2005). Relatório Preliminar, *Grupo de Trabalho de Educação Sexual,* . Lisboa. Retrieved January 2008, from http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/default.asp.

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. (2006a). Despacho-Orientações para a Gestão Curricular no 1.º Ciclo do Ensino Básico. In Secretário de Estado da Educação (Ed.). Retrieved January 2008 from http://www.dgidc.min-edu.pt/orientacoes_gestao/orientacoes.asp.

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. (2006b). Novas disposições sobre a Educação para a Saúde e identificação de áreas prioritárias, *Núcleo de Educação para a Saúde,* . Retrieved January 2008 from http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/default.asp.

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. (2006c). Princípios e sugestões para a gestão do currículo 1.º ciclo : Estudo do Meio - Ensino das Ciências. Retrieved January 2008 from www.sinape.pt/Ricardina2004/1cicloorientestudomeio0906.pdf

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. (2007). Relatório de Progresso, *Grupo de Trabalho de Educação Sexual,* . Retrieved January 2008 from http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/default.asp.

Direcção-Geral de Saúde. (2007). *Plataforma Contra a Obesidade*. Lisboa.

Direcção Geral da Saúde. (2008). Promoção e educação para a saúde - Carta de Ottawa, *Documentos de referência*. Lisboa. Retrieved May 2008, from http://www.dgs.pt/.

Direcção Geral de Educação e Cultura. (2003). Estrutura dos Sistemas de Ensino, Formação Profissional e Ensino para adultos na Europa [Electronic Version]. *Eurydice*, from http://www.eurydice.org/ressources/Eurydice/pdf/041DN/041_PT_PT.pdf

Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. (2006). Edital na Área da Promoção e Educação para a Saúde. Retrieved February 2008 from http://www.dgidc.min-edu.pt/pesquisa.asp?cx=000775987575391850177%3A-egvtkqqpw0&q=edital&sa=Pesquisar&cof=FORID%3A11#1093.

Direcção Geral de Saúde. (2006). Promoção da Saúde em Meio Escolar- Promoção de uma Alimen-

tação Saudável. In Divisão de Saúde Escolar (Ed.). Lisboa. Retrieved November 2007, from http://www.dgs.pt/.

Direcção Geral de Saúde. (2008). Escolas Promotoras de Saúde, *Promoção da Saúde*. Lisboa. Retrieved January 2008 from http://www.dgs.pt/.

Do Carmo I, Dos Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., & Medina, L. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews, 7*(3), 233-237.

Escola Superior de Educação. (2007a). Curso "Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico", Ficha da disciplina - Ciências da Natureza I. Unpublished Documento Interno. Instituto Politécnico do Porto.

Escola Superior de Educação. (2007b). Curso "Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico", Ficha de disciplina - Ciências da Natureza II. Unpublished Documento Interno. Instituto Politécnico do Porto.

Escola Superior de Educação. (2007c). Curso "Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico", Ficha de disciplina - Ciências da Natureza III. Unpublished Documento Interno. Instituto Politécnico do Porto.

Escola Superior de Educação. (2007d). Curso "Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico", Ficha de disciplina - Prática Pedagógica I. Unpublished Documento Interno. Instituto Politécnico do Porto.

Escola Superior de Educação. (2007e). Curso "Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico", Ficha de disciplina - Prática Pedagógica II. Unpublished Documento Interno. Instituto Politécnico do Porto.

Escola Superior de Educação. (2007f). Curso "Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico", Ficha de disciplina - Prática Pedagógica III. Unpublished Documento Interno. Instituto Politécnico do Porto.

Escola Superior de Educação. (2007g). Curso "Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico", Ficha de disciplina - Seminário de Acompanhamento de Projecto. Unpublished Documento Interno. Instituto Politécnico do Porto.

Gottfredson, D. (1997). The effects of school environments on youth behaviour. Proceedings of the Conference Juvenile crime: a research perspective. *Washington*.

Hendy, H. M., & Raudenbush, B. (2000). Effectiveness of teacher modeling to encourage food acceptance in preschool children. *Appetite, 34*(1), 61-76.

Instituto Politécnico do Porto. (2008a). Curso "Professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico", *Escola Superior de Educação*. Retrieved November 2007 from http://www.ese.ipp.pt/cursos/index_p1ceb.html.

Instituto Politécnico do Porto. (2008b). Escola Superior de Educação - apresentação. Retrieved November 2007, from http://www.ese.ipp.pt/ese/.

Instituto Politécnico do Porto. (2008c). Plano de Estudos - Curso Ensino Básico 1.º Ciclo, *Escola Superior de Educação* Retrieved November 2007, from http://www.ese.ipp.pt/cursos/planoestudos/plano_turmas_1.php?cod_turma=P1C&total_anos_curso=4&tipo=fi&plano_activo=0.

Kealey, K. A., Peterson Jr, A. V., Gaul, M. A., & Dinh, K. T. (2000). Teacher training as a behavior change process: Principles and results from a longitudinal study. *Health Education and Behavior, 27*(1), 64-81.

Kubik, M. Y., Lytle, L. A., Hannan, P. J., Story, M., & Perry, C. L. (2002). Food-related beliefs, eating behavior, and classroom food practices of middle school teachers. *Journal of School Health, 72*(8), 339-345.

Kubik, M. Y., Lytle, L. A., & Story, M. (2005). Soft drinks, candy, and fast food: What parents and teachers think about the middle school food environment. *Journal of the American Dietetic Association, 105*(2), 233-239.

Leite, C., & Pereira, R. (1999). *Aprender a Descobrir - 1.º Ciclo do Ensino Básico - 1.º ano* (1.ª ed.). Porto: Edições Nova Gaia.

Lobstein, T. (2004). Can we prevent child obesity? *SCNNEWS, 29*, 35-40.

Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 22*(2).

Lei n.º 46/86, Diário da Républica, I Série,Lei de Bases do Sistema Educativo, (1986).

Portaria n.º 344/89 , Diário da República, Série I, Ordenamento jurídico da formação dos educadores de infância e dos professores dos ensinos básico e secundário, (1989).

Ministério da Educação. (2001a). *Currículo Nacional do Ensino Básico - Competências Essenciais.* Lisboa.

Decreto-Lei N.º 6/2001, Série-A, Novos Currículos do Ensino Básico, (2001b).

Ministério da Educação. (2004). *Organização Curricular e Programas Ensino Básico - 1.º Ciclo* (4.ª ed.). Lisboa: Departamento da Educação Básica.

Lei n.º 49/2005, Diário da República I, Série-A, Lei de Bases do Sistema Educativo (2005).

Lei n.º47/2006, Diário da República, Série I, Define o regime de avaliação, certificação e adopção dos manuais escolares do ensino básico e do ensino secundário, (2006a).

Ministério da Educação. (2006b). Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. Retrieved May 2008 from www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/ProtocoloME_MS1.pdf

Circular n.º 14/DGIDC/2007, Refeitórios Escolares - Normas Gerais de Alimentação, (2007a).

Ministério da Educação. (2007b). Refeitórios Escolares – Normas Gerais de Alimentação In Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (Ed.), *Comunicados de imprensa*. Retrieved November 2007 from http://sitio.dgidc.min-edu.pt/PressReleases/Paginas/Refeitorios-Escolares-NGA.aspx.

Ministério da Saúde. (2007). Obesidade: uma doença crónica ainda desconhecida. In Direcção-Geral de Saúde (Ed.), *Educação para a Saúde - publicações*. Retrieved November 2007 from http://www.dgs.pt/.

Monteiro, J., & Paiva, M. (2006). *Estudo do Meio do João - 4.º ano* (2.ª ed.). Porto: Edições Gailivro.

Moreira, P. (2007). Overweight and obesity in Portuguese children and adolescents. *Journal of Public Health, 15*(3), 155-161.

Mota, A. (2006). *Eu e a Mariana - Estudo do Meio 4.º ano* (1.ª ed.). Porto: Edições Gailivro.

Musarella, P., & Jacquemart, P. (1994). *Alimentação, Poluição, Habitat – Vencer as doenças do nosso meio ambiente*. Lisboa Instituto Piaget.

Organização Mundial de Saúde. (1993). The health of young people: a challenge and a promise. Retrieved, from.

Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9- year-old Portuguese children: Trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology, 16*(6), 670-678.

Paiva, F., & Pinheiro, C. (2003). *Novo Projecto Caravela - Estudo do Meio 1.º Ano* (1.ª ed.). Lisboa: Constância Editores, S.A.

Panunzio, M. F., Antoniciello, A., Pisano, A., & Dalton, S. (2007). Nutrition education intervention by teachers may promote fruit and vegetable consumption in Italian students. *Nutrition Research, 27*(9), 524-528.

Ponte, J. P., Januário, C., Ferreira, I. C., & Cruz, I. (2000). Por uma formação inicial de professores de qualidade, *Documento de trabalho ad hoc do CRUP para a formação de professores*. Retrieved November 2007 from www.ensino.uevora.pt/ensinobasico/CRUP%20forminicialqualidade%20Janeiro%202000.pdf.

Roblin, L. (2007). Childhood obesity: Food, nutrient, and eating-habit trends and influences. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism, 32*(4), 635-645.

Rocha, A., Do Lago, C., & Linhares, M. (2003). *Amiguinhos - Estudo do Meio 1.º ano* (1.ª ed.). Lisboa: Texto Editora, Lda.

Rocha, A., Do Lago, C., & Linhares, M. (2004). *Amiguinhos - Estudo do Meio 2.º ano* (1.ª ed.). Lisboa: Texto Editora, Lda.

Rocha, A., Do Lago, C., & Linhares, M. (2005). *Amiguinhos - Estudo do Meio 3.º ano* (1.ª ed.). Lisboa: Texto Editores, Lda.

Rocha, A., do Lago, C., & Linhares, M. (2006). *Amiguinhos - Estudo do Meio 4.º ano* (1.ª ed.). Lisboa: Texto Editores, Lda.

Rodrigues, A., Landeiro, A., & Matos, G. (2007). *Um-dó-li-tá - Estudo do Meio 1.º ano* (1.ª ed.). Lisboa: Texto Editores, Lda.

Rossiter, M., Glanville, T., Taylor, J., & Blum, I. (2007). School food practices of prospective teachers: Research article. *Journal of School Health, 77*(10), 694-700.

Triches, R. M., & Giugliani, E. R. J. (2005). Obesity, eating habits and nutritional knowledge among school children. *Revista de Saúde Pública, 39*(4), 541-547.

Trindade, I., & Mestre, P. (2003). *Entre Amigos - Estudo do Meio 1.º Ano* (1.ª ed.). Lisboa: Constância Editores, S.A.

U.S. Department of Health and Human Services. (1996). Guidelines for School Health Programs to Promote Lifelong Healthy Eating. In Public Health Service (Ed.) (Vol. 45). Georgia. Retrieved November 2007 from http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR4509.pdf.

Vargas, V. S., & Lobato, R. C. (2007). O desenvolvimento de práticas alimentares saudáveis: uma estratégia de educação nutricional no ensino fundamental. *Vita et Sanitas, 1*(01), 26-33.

World Health Organization. (1999). *Health 21: Health for All in the 21st century*. Copenhagen: Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2005). Overweight and Obesity - a new nutrition emergency? In United Nations Sistem Standing Comitte on Nutrition (Ed.). Geneva. Retrieved November 2007 from http://www.unsystem.org/scn/Publications/SCNNews/scnnews29.pdf.

World Health Organization. (2006a). European Charter on counteracting obesity - Diet and Physical activity for health. *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity*, EUR/06/5062700/8

World Health Organization. (2006b). Obesity and overweight (Vol. N.º 331). Geneva: WHO. Retrieved January 2008 from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html.

PROJECTO MERENDAS DO RECREIO. UMA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO NO CENTRO DE SAÚDE DE OLHÃO

Ana Candeias[1], Ana Lam[2] & Ana Evaristo[3]

Resumo

O projecto MERENDAS DO RECREIO, em curso desde 2005, destina-se às crianças do Ensino Pré-Escolar e 1.º ciclo de escolas do concelho de Olhão. Pretende-se melhorar a qualidade das merendas das crianças em meio escolar. Foi realizado um diagnóstico de situação que comprovou a pertinência do projecto, detectando situações comprometedoras da qualidade das merendas. Têm sido realizadas acções dinâmicas com a comunidade escolar, intercaladas de acções de monitorização, com análise das merendas. As mensagens veiculadas enfatizam a ingestão rotineira de alimentos como leite, iogurte, pão e fruta, e expressam a necessidade de regrar a ingestão de alimentos de maior teor em gordura, açúcar, sal e aditivos.

Palavras-chave

Merendas; escola; crianças; alimentação saudável.

INTRODUÇÃO

Uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004) é a promoção de estilos de vida saudáveis e a escola é elegida como um dos ambientes privilegiados para esta acção.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (Ministério da Saúde, 2007) afirma que esta assume a responsabilidade de promover conhecimentos e competências da comunidade educativa, facilitadores da adopção de comportamentos alimentares positivos. Para tanto, em parceria com a escola, é fundamental a implementação de projectos salutogénicos, de médio e longo prazo, conformes à realidade local e com orientações técnicas definidas institucionalmente e fundamentadas pela evidência científica.

Esta educação alimentar actualmente ganha relevância particular, atendendo à prevalência crescente da obesidade, conforme observado em estudos com a população portuguesa. Verifica-se haver excesso de peso em 52,4% dos adultos (Carmo, 2005) e em 31,56% das crianças de 7 a 9 anos (Padez, 2004). Estudo similar realizado pela Administração Regional de Saúde do Algarve e pela Escola Superior de Saúde de Faro, verificou haver, na região, excesso de peso em 30,2% das crianças de 7 a 9 anos de idade (Sancho, 2008).

Os hábitos ganham raiz mais profunda quando iniciados na infância, pelo que os educadores devem criar condições para a alimentação saudável das crianças, favorecendo aprendizagens e desenvolvimento da sua capacidade crítica, de modo a capacitá-las para escolhas alimentares adequadas. Pela mesma razão, quer pais quer Escola, devem proporcionar às crianças uma oferta alimentar adequada.

Um dos comportamentos alimentares desejáveis tem a ver com o fraccionamento da alimentação em várias refeições ao longo do dia, para além das três maiores (pequeno

1. Nutricionista no Centro de Saúde de Olhão. **anacandeias@gmail.com**
2. Enfermeira no Centro de Saúde e Olhão. **analam@gmail.com**
3. Enfermeira no Centro de Saúde de Olhão

almoço, almoço e jantar), as merendas intercalares (manhã e tarde) e a ceia, quando o serão se estende após o jantar. Este é um cuidado fundamental para o fornecimento harmonioso de energia e nutrientes, com benefícios ao nível da saciedade, capacidade física e intelectual…

É, portanto, pertinente, um projecto de educação alimentar com ênfase nas merendas, e mais especificamente nas merendas consumidas durante o recreio escolar, visto que o ano lectivo constitui-se como um tempo significativo na vida das crianças.

O projecto MERENDAS DO RECREIO foi iniciado no ano lectivo 2005/2006, dando resposta à preocupação manifestada por alguns professores em relação à qualidade das merendas dos seus alunos.

METODOLOGIA

A planificação foi no sentido de se desenhar um projecto tendo em conta os recursos humanos envolvidos (duas enfermeiras e uma nutricionista), o parque escolar do concelho e a intenção de uma intervenção regular, em todos os anos lectivos, para a promoção da qualidade das merendas ingeridas pelas crianças nas escolas.

Objectivos e mensagens

Definiram-se objectivos específicos (Quadro 1) e estabeleceram-se mensagens no sentido da ingestão rotineira de alimentos de maior interesse nutricional e a ingestão regrada de alimentos de menor (ou nenhum) interesse nutricional, ricos em gordura, açúcar, sal e/ou aditivos:

- Alimentos aconselhados para todos os dias: fruta (fresca), iogurte (natural ou de aromas), leite (simples ou pouco aromatizado), pão (de mistura, menos branqueado) com fiambre ou queijo.
- Alimentos para consumo ocasional (uma vez por semana): bolachas (pouco açucaradas, sem recheios), bolos (caseiros ou de pastelaria), c*roissant* e pão-de-leite (de pastelaria), sandes de chourição (ou similar) e sandes mista, sumos (naturais ou néctar).
- Alimentos para não consumir (permitidos em dia de festa): batata frita e similares, bolos e similares industrializados, *snacks* achocolatados, bebidas de chá, refrigerantes, guloseimas várias (chocolates, gomas, pastilhas elásticas e outros).

Estas mensagens estão de acordo com orientações do Ministério da Educação relativas às recomendações nutricionais para a população portuguesa (1999) e à oferta alimentar nos bufetes escolares (2006).

Diagnóstico de situação

Procedeu-se a uma primeira análise da qualidade das merendas, tendo como base o registo das merendas das crianças, em três dias não consecutivos, no III período do ano lectivo 2005/2006. Este registo foi efectuado pelos professores, em folha própria. O Quadro 1 sumaria os resultados concelhios. O Quadro 2 apresenta alguns resultados referentes a seis das escolas mais populosas do concelho.

Intervenção

Desenvolve-se com a escola, na escola e com outras estruturas da comunidade:

- Com as crianças do 1.º ciclo é dinamizada uma sessão, turma a turma, com metodologia dinâmica, mediante jogo pedagógico. É uma sessão que está formatada, permitindo a sua replicação por cada elemento da equipa de Saúde

Escolar. São feitas as adaptações que se mostrem necessárias, face ao perfil de cada turma, nomeadamente quanto à fundamentação das mensagens. Há o cuidado adicional de se planearem anualmente diferentes jogos pedagógicos para não haver repetição com os grupos de crianças ao longo dos anos lectivos de intervenção. Alguns dos materiais dos jogos são construídos a partir de desenhos feitos pelas próprias crianças.

• Com as crianças do 1.º ciclo é igualmente realizada uma campanha na Semana da Criança e do Ambiente organizada pelo Município de Olhão, mais uma vez recorrendo a jogos pedagógicos para a transmissão das mensagens.

• Com as crianças do ensino pré-escolar é dinamizado um teatro de fantoches (alimentos), às vezes com a colaboração adicional de alunos do Ensino Secundário no âmbito dos seus trabalhos de Área de projecto.

• Com os pais/encarregados de educação sente-se a dificuldade de os mobilizar, daí experimentarem-se diferentes estratégias: sessão de educação alimentar, folheto informativo, dia aberto aos pais com campanha no recreio escolar…

• Com os professores, o contacto com a respectiva turma constitui momento para sensibilização e esclarecimento de dúvidas. Alguns deles, e respectivas turmas, têm feito crescer o projecto, contribuindo com acções criativas, por exemplo, desenhos, cartazes, desfile carnavalesco nas ruas da cidade de Olhão, jogos pedagógicos, canções, quadras, ladainhas para o recreio…

• Com os órgãos de gestão é enfatizada a importância do leite escolar e a necessidade de substituição do habitual suplemento de bolachas, por alternativas de maior interesse nutricional e menor densidade calórica, por exemplo, sandes e fruta.

Monitorização

As intervenções em cada ano lectivo são intercaladas com processos de análise da qualidade das merendas, para monitorização da realidade de cada ano lectivo e preparação dos trabalhos do seguinte.

O Quadro 1 apresenta os resultados concelhios, observando-se algumas diferenças entre os dois primeiros anos lectivos deste projecto, com aproximação de alguns dos aspectos em relação aos objectivos definidos. Ainda não estão disponíveis os resultados da terceira análise (merendas do III período do ano lectivo 2007/2008). O quadro 2 especifica o panorama das seis mais populosas escolas do concelho.

Quadro1. Objectivos e resultados concelhios das análises da qualidade das merendas

Objectivos (2005 a 2010)		Ano lectivo	
		2005/2006	2006/2007
O1: ≥ 90% de merendas com leite/iogurte		71,1%	78,9%
O2: ≤ 10% de merendas com alimentos doces - (bolos, croissant, bolachas …		42,5%	23,1%
O3: ≤ 5% de merendas com aperitivos salgados (batata frita e similares)		1,6%	1,1%
O4: ≤ 5% de merendas com snacks, barritas de cereais, …		9,2%	4,4%
O5: ≤ 5% de merendas com bebidas doces (sumos, refrigerantes)		25,7%	17,7%
Pão	(não foi estabelecido objectivo mensurável, mas é desejável a sua presença)	48,1%	57,9%
Fruta		3,0%	4,1%
Número de crianças		1304	1590
Número de turmas		75	85
Número de merendas analisadas		3875	4440

(M: merendas)

Quadro 2. Resultados das seis maiores escolas EB1 do concelho

Escolas e anos lectivos	O1	O2	O3	O4	O5	Pão	Fruta
EB1 n.º 1 e n.º 2 - Média de 275 crianças							
2005/2006 2006/2007	84% 86%	28% 9%	1% 1%	7% 3%	17% 20%	34% 51%	3% 4%
EB 1 n.º3 - Média de 274 crianças							
2005/2006 2006/2007	73% 80%	53% 11%	1% 1%	10% 4%	37% 14%	73% 80%	1% 2%
EB 1 n.º4 - Média de 248 crianças							
2005/2006 2006/2007	69% 75%	40% 21%	2% 1%	9% 4%	28% 18%	49% 50%	4% 3%
EB 1 n.º 5 - Média de 195 crianças							
2005/2006 2006/2007	68% 84%	75% 67%	2% 0%	13% 4%	30% 25%	55% 57%	5% 9%
EB 1 n.º 6 - Média de 80 crianças							
2005/2006 2006/2007	68% 59%	16% 24%	5% 1%	13% 4%	28% 26%	64% 59%	1% 5%
Colégio Bernardette - Média de 103 crianças							
2005/2006 2006/2007	19% 19%	30% 34%	0% 0%	13% 19%	23% 18%	19% 23%	5% 7%

Informações adicionais e discussão

A observação dos quadros 1 e 2, bem como outras informações complementares, permitem salientar o seguinte:

- Os resultados comprovam muito da percepção inicial dos professores e mostram a pertinência do projecto e dos objectivos definidos, observando-se uma maior ou menor discrepância e, portanto a necessidade de intervenção.

- A ingestão de leite e iogurte está aquém do objectivo. A presença de leite é sobretudo à custa do fornecimento da escola, mais do que por via familiar. A presença de iogurtes é unicamente por via familiar.

- A ingestão de alimentos doces excede o objectivo. Este consumo é feito sobretudo à custa de bolachas, que constituem o suplemento fornecido por muitas das escolas. A presença de bolos é unicamente por via familiar.

- Nas escolas que substituíram o suplemento de bolachas por pão (sandes de queijo, de fiambre e ocasionalmente chourição) observou-se uma redução dos doces (bolachas). Esta parece ser uma alteração útil, muito embora as dificuldades logísticas (espaço e funcionários das escolas) para esse fornecimento de sandes.

- A ingestão de aperitivos salgados (batatas fritas, tiritas de queijo, etc.) está dentro do objectivo. Este foi um aspecto que surpreendeu positivamente, contrariando um pouco a percepção inicial. A presença destes alimentos é unicamente por via familiar.

- A ingestão de *snacks* industrializados (*croissants* com/sem recheio, bolos com recheio de chocolate, muitas vezes confundidos com pão, quer pelas crianças quer pelas famílias), barritas de cereais e similares, excede o objectivo. A presença destes alimentos é unicamente por via familiar.

- A ingestão de bebidas doces excede o objectivo. A presença destes alimentos é unicamente por via familiar, sob a forma de néctares, sumos de 100% fruta, bebidas de cola, bebidas de chá (que algumas crianças e famílias têm mostrado pensar que são sumo de pêssego, limão, manga …). Manifestamente a ingestão destas bebidas substitui a presença de leite ou de iogurte na merenda das crianças.

- A ingestão de fruta é baixa.

- Há diferenças de resultados entre as escolas e entre as turmas de uma mesma escola, levantando a hipótese de maior ou menor intervenção por parte da Saúde Escolar, e mais atenção por parte de alguns professores.

- O contacto com os alunos e famílias tem mostrado que há um constante desafio face à oferta e ao *marketing* crescentes e há desconhecimento sobre o valor nutritivo de alguns dos alimentos, nomeadamente os "novos alimentos industrializados".

CONCLUSÕES

Este é um projecto que tem em conta um problema local percepcionado pelos professores e comprovado pelo diagnóstico de situação.

Tem envolvido o Centro de Saúde (promotor, através da Equipa Escolar), as escolas do Ensino Pré-Escolar e 1.º ciclo do Ensino Básico do concelho, públicas, mas também privadas, e outras estruturas concelhias, nomeadamente a Autarquia de Olhão e a Junta de Freguesia de Olhão.

Os professores são intervenientes privilegiados, pelo que este projecto procura vivamente reforçar o trabalho já realizado por alguns dos professores, em relação às

merendas dos respectivos alunos e motivar os outros que eventualmente ainda estejam mais distanciados desta problemática.

A capacitação das crianças e das famílias para escolhas saudáveis, com conhecimento sobre o valor dos alimentos para a saúde e o desenvolvimento de atitudes críticas assertivas são condição fundamental.

Não desresponsabilizando as famílias pela qualidade das merendas das suas crianças, a oferta da escola, já ao nível do Ensino Pré-Escolar e 1.º Ciclo é de importância vital, e sobretudo se em contextos sociais mais problemáticos, pelo que deve ser-lhe dada atenção especial e serem conjugados esforços para que seja de qualidade, ao nível de todo o concelho.

A promoção da qualidade das merendas é uma das estratégias para o combate à obesidade.

A melhoria da qualidade das merendas será processo lento, mas possível, porém será sustentado apenas se houver um esforço colectivo e persistente – **Saúde, Famílias e Educação.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carmo I, Santos Ó, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Galvão-Teles A. *Prevalence of Obesity in Portugal*; 2005.

Padez C, Fernandes T, Mourão I, Moreira P, Rosado V. *Prevalence of Overweight and Obesity in 7–9-Year-Old Portuguese Children: Trends in Body Mass Index, 1970–2002*; 2004.

Ministério da Educação (1999). *Recomendações para a Educação Alimentar da População Portuguesa*. Lisboa.

Ministério da Educação (2006). *Educação Alimentar em Meio Escolar – referencial para uma oferta alimentar saudável*. Lisboa.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde - (2204/2010*. Lisboa.

Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa.

Sancho T. Acção de formação *Programa de Combate à Obesidade*; 2008, 31 de Janeiro. Centro de Saúde de Olhão, Administração Regional de Saúde do Algarve.

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM MEIO ESCOLAR – UMA ESTRATÉGIA LOCAL DE SAÚDE

Francisco Mendonça[1] & Laura Silvestre Martins[2]

Resumo

No início de 2007, o Centro de Saúde de Faro implementou um projecto de cooperação e parceria entre diferentes sectores da comunidade (Direcção Regional de Educação/Agrupamentos, Autarquia, Instituto do Desporto, Associações de Pais, Escola Superior de Saúde de Faro) potenciando e articulando intervenções, visando reduzir o crescimento da prevalência da pré-obesidade e obesidade infantil no Concelho de Faro.

Na presente comunicação iremos apenas abordar os aspectos mais relevantes da intervenção em meio escolar pela equipa de saúde escolar no sentido de promover na população alvo escolhas alimentares saudáveis.

Descrevem-se o processo e conteúdos das actividades dirigidas aos alunos em complemento das actividades curriculares e as actividades dirigidas a pais. Avalia-se o 1.º ano de intervenção.

JUSTIFICAÇÃO E CONTEXTO

Na maioria dos países da Europa a obesidade é a epidemia em maior crescimento, afectando 10 a 40% da população adulta.

Em Portugal, que mais de 50% da população adulta sofre de excesso de peso e 15% desta é obesa (Carmo *et al* 2006).

Padez *et al* (2004) verificaram que a prevalência da obesidade e pré-obesidade infantil atinge no nosso país um dos valores mais altos da comunidade europeia (em média 20%), verificando-se, nas idades entre os 7 e os 9 anos, 32% de excesso de peso, dos quais 11% são considerados obesos.

No Algarve, o estudo realizado, no ano lectivo 2005/ 2006, pela Administração Regional de saúde em parceria com a Escola Superior de Saúde de Faro, a partir de dados obtidos em Escolas do 1.º ciclo do Ensino Básico aleatoriamente seleccionadas, revelou que 29,4% de crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos apresentam excesso de peso, sendo 8,9% obesas e 20,5% pré-obesas.

Um outro estudo efectuado no Concelho de Faro, pela Dr.ª Teresa Dinis, em 2004, conclui que 39% das crianças entre os 6 e os 10,5 anos apresentam excesso de peso ou são obesas.

As pessoas obesas têm risco acrescido de desenvolvimento de graves comorbilidades crónicas, como a diabetes do tipo 2, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial e certos tipos de cancro. Para além destas doenças, a obesidade está associada a uma série de condições não fatais, porém debilitantes, que têm um impacto bastante negativo na vida dos indivíduos e da sociedade como um todo, como a apneia do sono, problemas musculoesqueléticos crónicos, problemas de pele, problemas psicossociais, entre outros.

1. Centro de Saúde de Faro, Administração Regional de Saúde do Algarve I.P. **fmendonsa@arsalgarve.min-saude.pt**
2. Centro de Saúde de Faro, Administração Regional de Saúde do Algarve I.P. **lauramsilvestre@gmail.com**

A obesidade nas crianças está associada a problemas de saúde, psicológicos e sociais.

Crianças obesas têm uma maior probabilidade de excesso de peso e de problemas de saúde na idade adulta.

As medidas de controlo da obesidade são bastante conhecidas e envolvem mudanças nos principais factores modificáveis, os hábitos alimentares e a actividade física.

As estratégias tradicionais de prevenção da obesidade centradas apenas no indivíduo e nas mudanças isoladas de comportamentos não têm conseguido travar uma epidemia que afecta a saúde e o bem-estar de uma proporção considerável da população.

Actualmente, existe consenso na necessidade de uma abordagem comunitária integrada, englobando medidas ambientais, educativas, económicas, técnicas e legislativas associadas a uma intervenção precoce dos cuidados de saúde.

No inicio de 2007, o Centro de Saúde de Faro no âmbito do Projecto Estratégias Locais de Saúde coordenado pelo Alto Comissariado da Saúde e pela Escola Nacional de Saúde Pública implementou um projecto de Prevenção da Obesidade Infantil no Concelho de Faro. Esta intervenção a nível local assenta num processo de cooperação e parceria entre diferentes sectores da comunidade (Direcção Regional de Educação/Agrupamentos, Autarquia, Instituto do Desporto, Associações de Pais, Escola Superior de Saúde de Faro) na concepção, implementação, concretização e avaliação das actividades. Pretende-se potenciar e articular intervenções, visando reduzir o crescimento da prevalência da pré-obesidade e obesidade infantil no Concelho de Faro.

Na operacionalização do Projecto seleccionou-se como grupo alvo comunitário prioritário as crianças entre os 6 e os 10 anos de idade.

A estratégia de abordagem comunitária determinou que as intervenções se centrem também em outros actores que não os destinatários últimos do projecto, coexistindo uma simultaneidade de destinatários e interventores, de modo que as crianças tenham múltiplas oportunidades de aquisição de conhecimentos e de escolhas que incluam uma alimentação mais saudável e actividade física regular. Um dos exemplos deste modo de intervir, consiste num outro projecto complementar a decorrer, que visa proporcionar às crianças refeições em cantinas escolares com ementas nutricionalmente adequadas

Assim, seleccionaram-se como objectivos específicos:

- Promover a gestão individual, familiar e comunitária da obesidade infantil;
- Promover a melhoria dos conhecimentos e das competências do Grupo alvo (crianças do 1.º ciclo) e respectivas famílias em relação à Alimentação Saudável;
- Promover a melhoria da qualidade alimentar da comunidade escolar;
- Promover o aumento da população escolar fisicamente activa;
- Promover a redução da exposição da comunidade a um ambiente favorecedor da obesidade.

Na presente comunicação iremos apenas abordar os aspectos mais relevantes da intervenção em meio escolar no sentido de promover na população alvo escolhas alimentares saudáveis.

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

A intervenção nas escolas pelas equipas de saúde escolar tem uma longa tradição em Portugal, tendo os objectivos deste trabalho em parceria sido redefinidos a 7 de Fevereiro

de 2006 através de um novo Protocolo de Cooperação entre os Ministérios da Educação e da Saúde.

Nesse documento contemplou-se a dinamização conjunta de projectos educativos na área da promoção da saúde, sendo a alimentação saudável considerada como prioritária.

A educação alimentar consta do currículo do 1.º Ciclo, sendo abordada no Estudo do Meio, no Bloco 1 " à descoberta de si mesmo", num processo que se inicia no 1.º ano e se vai aprofundando no 2.º e 3.º ano.

Numa perspectiva de uma intervenção conjunta realizaram-se 5 acções de sensibilização com os professores do 1.ºciclo (uma reunião por agrupamento), sendo discutido a dimensão do problema e as estratégias de intervenção conjunta (abordagem da alimentação saudável no âmbito do currículo escolar complementada por acções da dietista/equipa de saúde escolar junto dos alunos e das famílias).

FINALIDADES E OBJECTIVOS:

A finalidade desta intervenção é a *Promoção da Alimentação Saudável nas Crianças do 1.º Ciclo e suas Famílias*, integrada num projecto mais vasto de Prevenção da Obesidade Infantil com a duração de 4 anos.

Foram definidos os seguintes objectivos:

- Reforçar a informação básica sobre a importância da alimentação saudável, alimentos e as escolhas alimentares saudáveis;
- Incentivar o pequeno-almoço saudável;
- Incentivar as merendas saudáveis;
- Promover a associação entre a alimentação saudável e actividade física regular;
- Proporcionar aos pais informação sobre obesidade infantil, alimentação saudável e actividade física regular.

ACTIVIDADES

A Equipa de Saúde Escolar abordou o problema da Prevenção da Obesidade Infantil através do trabalho multidisciplinar, integrando um Médico de Saúde Pública, um Psicólogo Educacional, uma Higienista Oral, duas Enfermeiras e uma Dietista.

O reforço da Equipa com uma Dietista permitiu apoiar, de um modo mais aprofundado e continuado, as actividades desenvolvidas no âmbito do curriculum escolar ou do projecto da turma ou da escola.

As actividades desenvolvidas com alunos decorreram na sala de aula, em complemento às actividades curriculares.

A nossa intervenção visou desenvolver as competências de escolha das crianças.

Elaboração de Materiais

Para facilitar a abordagem do tema elaboraram-se duas apresentações em *power point* uma destinada aos alunos do 1.º e 2.º ano e outra destinada aos alunos do 3.º e 4.º ano.

Neste processo de elaboração tivemos o apoio da Equipa de Promoção da Saúde da Direcção Regional de Educação, tendo os conteúdos e forma de apresentação sido discutidos com os professores do 1.º Ciclo envolvidos no projecto.

Na apresentação dirigida ao 1.º e 2.º ano intitulada *"Vamos Aprender a Comer*...

Melhor!", contemplaram-se os seguintes aspectos:

- A importância do pequeno-almoço saudável, completo e equilibrado;
- Os alimentos que integram o pequeno-almoço saudável;
- A importância das merendas saudáveis;
- Exemplos de merendas saudáveis a levar para a escola;
- A importância da actividade física regular.

Na apresentação para alunos do 3.º e 4.º ano intitulada *"Vamos Aprender a Comer… Melhor!"*, seleccionaram-se os seguintes conteúdos:

- Como comer ao longo do dia;
- O número de refeições diária;
- A importância do pequeno-almoço saudável, completo e equilibrado;
- Os alimentos que integram o pequeno-almoço saudável;
- A importância das merendas saudáveis;
- Exemplos de merendas saudáveis a levar para a escola;
- A Roda dos Alimentos;
- O Almoço e o Jantar saudável;
- A importância da actividade física regular.

Foi também criado um folheto destinado aos pais a ser entregue nas reuniões de pais e uma informação resumida que era levada para casa pelos filhos no dia em que havia um trabalho directo com as crianças.

Acções nas Escolas

As apresentações, com a duração de 20 minutos foram complementadas com actividades mais lúdicas e participativas como:

- Teatro de fantoches;
- Jogos;
- Desenhar;
- Elaborar textos
- Construir em conjunto uma Roda dos Alimentos;
- Construir folhetos com mensagens sobre Estilos de Vida Saudáveis a ser entregue aos pais;

Identificar Alimentos Saudáveis de forma a explorar as suas formas, cores e texturas, bem como aprender a fazer uma refeição saudável.

Apesar da apresentação estruturada ser comum a todas as turmas, as actividades complementares dependiam da dinâmica da escola, dos projectos próprios, sendo as mesmas resultantes dum planeamento conjunto entre a equipa de saúde escolar e da professora da turma. A opção entre o teatro de fantoches ou o desenhar um cartaz ou elaborar um texto resultou desta dinâmica personalizada em cada turma

Reuniões de Pais

Os pais, parceiros importantes do projecto e actores fundamentais na educação e determinantes nas escolhas alimentares dos filhos, foram integrados em reuniões/debates promovidas pela escola/saúde escolar ou pelas associações de pais.

Estas reuniões tinham como objectivo informar/discutir as actividades a decorrer na escola no âmbito da promoção da alimentação saudável e da actividade física regular.

Foi dado especial ênfase ao pequeno-almoço equilibrado - primeira refeição do dia, essencial para que a criança não fique irrequieta, agitada e com dificuldades em se concentrar. Alertou-se para os perigos de as crianças fazerem uma dieta restritiva, perderem peso de repente ou contarem calorias. No caso de os filhos terem excesso de peso foi indicado o aconselhamento junto do seu Médico Assistente/Família. Salientou-se também a necessidade de toda a família se manter fisicamente activa.

Distribui-se um folheto informativo de modo que a informação disponibilizada fosse complementada por um texto de apoio/síntese dos temas discutidos.

AVALIAÇÃO

No projecto mais amplo de Prevenção da Obesidade Infantil no concelho de Faro, numa parceria com a Escola Superior de Educação de Faro, foram definidos indicadores de impacto através da monitorização do Índice de massa Corporal.

O mesmo estudo de monitorização contempla a recolha de informação hábitos relativos ao pequeno-almoço e merendas.

A avaliação específica do impacto das intervenções realizadas no âmbito da promoção da alimentação saudável exige metodologias que iriam consumir recursos que a equipa não dispunha.

Assim optou-se por avaliar o processo, integrando-se os trabalhos elaborados pelos alunos no processo de avaliação.

Das 22 escolas do concelho 15 aderiram ao projecto, envolvendo 2110 alunos (81 % dos alunos do concelho).

Realizaram-se cerca 100 acções directas nas escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Uma das escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico – Alto Rodes – com 342 alunos, terminou o ciclo de intervenção (1.º período, com uma festa convívio de toda a comunidade escolar com apresentação dos trabalhos elaborados pelos alunos, 8 cantigas, dramatizações, cartazes…)

Realizaram-se 9 reuniões com pais, com a participação de 250 pais (apenas 10 % do grupo alvo).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carmo et al, Prevalence of Obesity in Portugal, Obesity reviews 7:3, (2006) 233-237.

IASO Overweight and obesity int he Eu 27. Retrieved 15 September, 2008, from http://www.iotf.org/database/documents/v2PDFforwebsiteEU27.pdf

Insel, P. et al. *Discovering Nutrition*, 2nd edition, Jones and Bartlett Publishers, 2006.

Mahan, L. and Escott-Stump, S. *Krause´s Food, Nutrition & Diet Therapy*, 11th edition, Elsevier, 2004.

Moreira, P., *Obesidade – muito peso várias medidas*, 1.ª edição Maio 2005, Ambar, 2005.

Padez et al, Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. Am J Hum Biol 2004; 16 :670-678.

SNE, Weight Realities Division/Guidelines for Childhhood Obesity Prevention Programms . Jounal of Nutrition Eduction and Behavior, Vol 45, Jan-Feb 2003

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS LÍCITAS E ILÍCITAS

CONCEPÇÕES DE PROFESSORES E ALUNOS DO ENSINO BÁSICO E SECUNDÁRIO SOBRE A ABORDAGEM AO ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS NOS PROGRAMAS ESCOLARES, NOS MANUAIS ESCOLARES E NAS PRÁTICAS DOCENTES - RISCOS E PREVENÇÃO

Artur Gonçalves[1], Graça S. Carvalho[2], Catarina Dantas[3] & Vitor M. Rodrigues[4]

Resumo

O álcool, o tabaco e as outras drogas (ATD) constituem um problema psico-socioeconómico que afecta particularmente os jovens. No presente estudo pretendeu-se saber quais as preocupações que têm os alunos e os professores dos diversos níveis de ensino sobre o a adição ao ATD, bem como quais as suas percepções relativamente ao género mais em risco, às campanhas em meio escolar, aos profissionais que devem abordar esta temática, dos programas e manuais escolares, bem como que tipo de imagens consideram as mais adequadas para uso em manuais. No geral, as concepções dos alunos e professores são idênticas, havendo, no entanto, diferenças significativas entre os professores dos diversos níveis de ensino e também entre os alunos que frequentam esses níveis de ensino.

Palavras-chave

Drogas; concepções de professores; concepções de alunos.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As drogas, lícitas (álcool e tabaco) ou ilícitas, constituem na actualidade um grave problema à escala individual, comunitária e global, que põem em risco as sociedades e a democracia por poderem conduzir a pessoa a um estado de dependência física e/ou psíquica, com graves consequências a nível ecossistémico através da introdução de disruptibilidade no microssistema (indivíduo, saúde, autonomia, auto-estima, responsabilidade, liberdade...), no mesossistema (família, trabalho/emprego, amigos, respeito...) e no macrossistema (direitos, liberdades, garantais, recursos colectivos...) (Bronfenbrenner, 1979).

No domínio da prevenção do uso/abuso do álcool, tabaco e outras drogas, a OMS, a ONU no Conselho da Europa, a UNESCO e outros organismos internacionais consideram a *escola* como um dos pilares básicos na prevenção da *"drogodependência"* (Rush, 2000), inserida num plano mais vasto da Educação para a Saúde (Negreiros, 2000) e que envolva os professores, os alunos e os elementos didáctico-pedagógicos.

A nível de escola/ensino, o *professor* assume um lugar central em toda a acção formativa/educativa, a qual deve contemplar a abordagem do consumo e abuso do álcool,

1. LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga. **professorartur@hotmail.com**
2. LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga. **graca@iec.uminho.pt**
3. LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga **catarina.dantas@sapo.pt**
4. ESEnf.- Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. **vmcpr@utad.pt**

tabaco e outras drogas. Todavia, tratando-se de um assunto sensível, a operacionalização do currículo com recurso à cultura técnica, imbrica numa complexa teia de relações: *i)* Função docente suportada em conhecimentos (K), valores (V) e práticas (P) (Clément, 2004); *ii)* Exercício docente com observância entre o saber seleccionado para ensino (transposição didáctica externa - TDE) e o efectivamente ensinado (transposição didáctica interna - TDI) traduzível na sequência: saber sábio, saber a ensinar, saber ensinado e saber aplicado (Clément, 2004); *iii)* Sistemas de acção do professor composto pelas dimensões: indivíduo, cultura e sociedade (Carmo, 2000) que implica: a) conhecimentos e percepções acerca das causas; b) conhecimentos e percepções acerca dos efeitos; c) conhecimentos e percepções acerca do processo de mudança; d) conhecimentos e percepções acerca das perspectivas.

Como destinatário e causa primeira da existência da escola e do professor e no quadro dos sistemas de acção do sujeito baseados no modelo ecológico de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner,1979) e no da hierarquia de necessidades humanas (Maslow,1945), o *aluno* deve ser entendido e compreendido em todas as fases do seu desenvolvimento no sentido de se edificar o cidadão capaz de aprender a ser, a conhecer, a fazer e a viver com os outros, bem como deter em sua posse as ferramentas e as competências (literacia e *"empowerment"*) que lhe permitam ser ele próprio o decisor na definição e construção de um estilo de vida saudável.

O papel central reconhecido à escola resulta do reconhecimento da infância, juventude e adolescência como fases desenvolvimentais privilegiadas para a aquisição de muitos hábitos de vida saudáveis (ou não), representando por isso, momentos fundamentais/determinantes para se intervir/actuar no sentido preventivo, visando a promoção e construção da saúde pelos próprios sujeitos não só nestas fases, mas durante toda a vida (Carvalho, 2003).

No âmbito do quadro anteriormente aduzido e, no sentido de ajudar a reflectir a situação e a encontrar possíveis meios de acção a nível escolar que contribuam para travar este problema, ganham especial ênfase *elementos didáctico-pedagógicos* como:

Currículo – instrumento de natureza política que emerge da sociedade maioritária, inscrito e determinado pelos contextos, o currículo é o plano estruturado do ensino-aprendizagem incluindo os objectivos, os resultados da aprendizagem a alcançar, matérias e conteúdos a ensinar, processos ou experiências de aprendizagem a promover.

Manual escolar – um produto intelectual com génese no currículo nacional e portador do saber sábio, ou seja, encerra em si o conjunto sistemático de conteúdos, de saberes e de normas que indicam as actividades a cumprir e os objectivos/competência a atingir pelos alunos.

Neste quadro, entendendo-se que a acção política, pedagógica e educativa da escola (programas/currículos e manuais escolares) e a prática docente no combate e prevenção à toxicodependência, devem assentar num quadro que reflicta as implicações e complexidades biológica, psicológica, histórica e social do problema e, objectivar à intencionalidade do princípio causal, de forma a ajudarem a construir sistemática e intencionalmente cidadãos livres, reflexivos, socialmente úteis, sócio-críticos, ecológicos e éticos, dotados de *"empowerment"* e *literacia crítica* (Carvalho, 2003), este trabalho procurou dar resposta a três questões fundamentais:

- 1 - Que concepções têm os professores acerca dos programas e dos manuais escolares relativamente à problemática do álcool, tabaco e outras drogas (ATD)?
- 2 - Que abordagens são feitas pelos professores nas suas práticas lectivas relativamente à problemática do ATD?

• 3 - Que avaliação fazem os alunos dos manuais escolares e das práticas docentes como meios de combate ao ATD/Toxicodependência?

2 - MÉTODO

Visando dar resposta às questões de investigação, constitui-se como objectivo geral verificar que relação existe entre as percepções/concepções dos professores e dos alunos relativamente ao processo educativo (programas escolares, manuais escolares e práticas docentes) na prevenção e no combate ao uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas. Para tal utilizaram-se dois *questionários* construídos de raiz, um para alunos e outro para professores. Ambos os questionários são compostos por duas partes essenciais: 1-Caracterização dos sujeitos; 2-Percepções/concepções dos professores e dos alunos sobre os elementos didáctico pedagógicos e práticas docentes na prevenção e combate ao uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas. Foram respeitados todos os procedimentos metodológicos relativamente à sua concepção, validação, selecção dos inquiridos e administração no terreno (Tuckmam, 2000).

A *população* onde se estudou o fenómeno é constituída pelos alunos e professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico (1.º CEB), do 2.º Ciclo do Ensino Básico (2.ºCEB); do 3.º Ciclo do Ensino Básico (3.ºCEB) e do Ensino Secundário (ES), em que os docente leccionam respectivamente as disciplinas de Estudo do Meio, Ciências da Natureza e Ciências Naturais/Biologia. A *amostra de alunos* (N=816) foi formada por quatro subgrupos: alunos do 1.º CEB, 3.º ano (N=198; 24,3%); do 2.º CEB, 6.º ano (N=210; 26,0%); do 3.º CEB, 9.º ano (N=207, 25,0%) e do ES, 10.º ano (N=201; 24,7%).

Quanto à *amostra de professores* (N=209) constituiu-se em três subgrupos: docentes do 1.º CEB (N=76; 36,4%), do 2.º CEB (N=68; 32,5%) e do 3.º CEB/ES (N=65; 31,1%).

Para tratar os dados, recorreu-se ao programa "*Statistical Package for Social Sciences"* (SPSS 13.0) – para Windows. As análises consistiram em procedimentos estatísticos com o objectivo de verificar se existem ou não diferenças significativas entre os professores (três níveis de ensino) e os alunos (quatro níveis de ensino). O nível de significância assumido foi de 95% ($p<0,05$). Os testes utilizados foram: *"Teste Friedman"*, *One-Way Anova"e "Qui – Quadrado"* (χ^2) (Pestana e Gageiro, 2000). Quando o x^2 revelava a existência de diferenças significativas foi analisado o valor da medida de associação "V de Cramer", o qual varia entre r = 0,00 (ausência de associação) e r = 1,00 (associação perfeita). Quando $r \leq 0,40$ considera-se associação fraca; quando $0,40 < r \leq 0,60$ diz-se associação moderada; e quando $r > 0,60$ assume-se associação forte (Coolican, 1990).

3 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1. Variáveis independentes

No plano sociológico, as variáveis independentes idade, sexo, habilitações académicas, religião, política e meio de leccionação não traduzem diferenças estatisticamente significativas entre os professores dos diferentes níveis de ensino. Os docentes do 1.º CEB, 2.º CEB e 3.º CEB/ES só se diferenciam (χ^2; $p<0,001$; $r>60$) na variável "nível de ensino leccionado". Quanto aos alunos, estes só se diferenciam nas variáveis "nível de ensino" e "idade" (χ^2; $p<0,01$; $r>60$), revelando por conseguinte a existência de homogeneidade tanto na amostra docente como na discente.

Quadro 1. Preocupações dos professores e dos alunos em relação ao álcool, tabaco e outras drogas

Variáveis	Professores	Alunos
Problemas Sociais	35%	39%
Problemas Saúde Pública	28%	16%
Problemas Pessoais	26%	30%
Problemas Económicos	10%	15%

3.2. Preocupações dos alunos e professores sobre a adição ao álcool, tabaco e outras drogas (ATD)

O álcool, o tabaco e as outras drogas, tanto para os professores como para os alunos participantes neste estudo, estão intimamente ligados a um amplo conjunto de problemas comportamentais que envolvem a transgressão dos valores sócio-culturais e das normas sociais e legais, e estabelecem mesmo uma associação entre a problemática aditiva e os comportamentos de risco que podem ser a génese de inúmeros problemas ordem social, saúde pública, pessoal e económica (Quadro 1).

Na análise comparativa a este quarteto de problemáticas que se articulam e interrelacionam, os dados mostram que professores e alunos se diferenciam significativamente nas suas concepções/percepções acerca dos problemas originados pelo ATD (χ^2; $p<0,05$; $0,40 < r \leq 0,60$) em que os alunos valorizam essencialmente categorias como *"assassinatos", "violações", "suicídios", "divórcio", "roubos e assaltos", "dor física" e "internamento psiquiátrico",* ao passo que os professores deram também ênfase às categorias *"assassinatos"* e *"violações"*, para além de outros distintos dos alunos: *"SIDA", "hepatite", "cirroses", "acidentes de viação" "mendicidade", "pobreza"*.

3.3. Percepção dos alunos e professores sobre o género (masculino/ feminino) em maior risco de adição ao ATD

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as amostras no que diz respeito ao género (masculino/feminino) mais sujeito ao risco aditivo, pois tanto os docentes (64%) como os discentes (63%) reconhecem que as componentes de risco em relação ao ATD estão mais presentes no "*sexo masculino*", seguindo-se a categoria "*risco igual*" para os dois géneros e só 1% dos professores e 2% dos alunos indicam o sexo feminino como o mais exposto (Quadro 2).

Quadro 2. Preocupação dos professores e dos alunos sobre o sexo de maior risco aditivo (ATD)

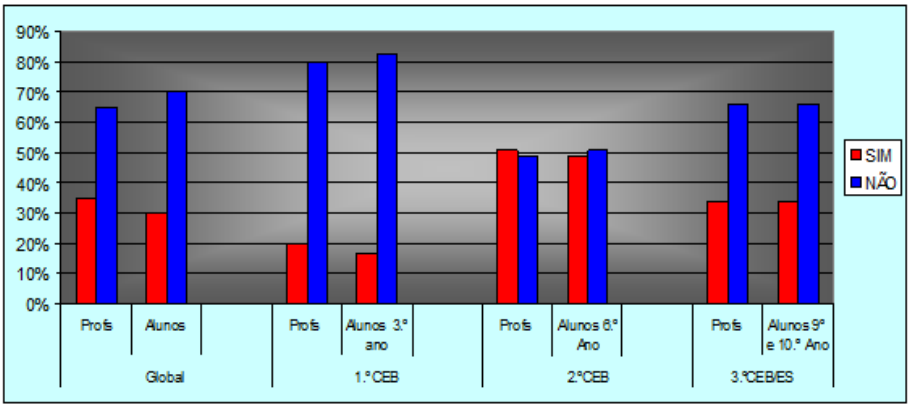
	Análise Global		Anos de escolaridade - Alunos				Ciclos de Ensino - Profes.		
	Alunos	Profs	3.º ano	6.ºano	9.º ano	10.ºano	1.º CEB	2.º CEB	3.ºCEB/S
> risco Masculino	n=514 63%	n=135 64%	n=154 78%	n=170 81%	n=108 52%	n=80 40%	n=55 72%	n=45 66%	n=37 57%
> risco Feminino	n= 16 2%	n=2 1%	n=0 0%	n=2 1%	n=4 2%	n=8 4%	n=0 0%	n=0 0%	n=6 1%
Risco idêntico	n= 286 35%	n=73 35%	n=44; 22%	n=38 19%	n=95 46%	n=113; 56%	n=21 28%	n=23 34%	n=22 43%

Todavia na comparação interna das amostras verifica-se que o "*ano de escolaridade"* dos alunos e o *"ciclo de leccionação*" dos professores constituem variáveis que diferenciam significativamente tanto uns como outros. Subjacente à questão do género de maior risco aditivo, 25% os professores percepcionam como principais factores de risco aditivo *"a cultura e os valores"*, 23% dizem ter por génese o processo de *"auto-afirmação"*, 21% indicam o *"temperamento"* do sujeito, 18% apontam o factor *"grupo"* e 13% fazem emergir o aspecto *"sócio-económico"*.

3.4. Percepção dos alunos e professores sobre campanhas em meio escolar no domínio do ATD

Da análise dos dados constata-se que para os professores e para os alunos a implementação nas escolas de campanhas de promoção da saúde e redução de riscos no domínio do ATD têm pouca expressividade (Fig.1), e que, das respostas afirmativas (SIM), 43 % das campanhas realizadas incidem sobre o tabaco, 37% direccionam-se para o álcool e somente 20% abordam as outras drogas.

Figura 1. Percepção dos professores e dos alunos sobre as campanhas escolares realizadas no domínio do ATD.



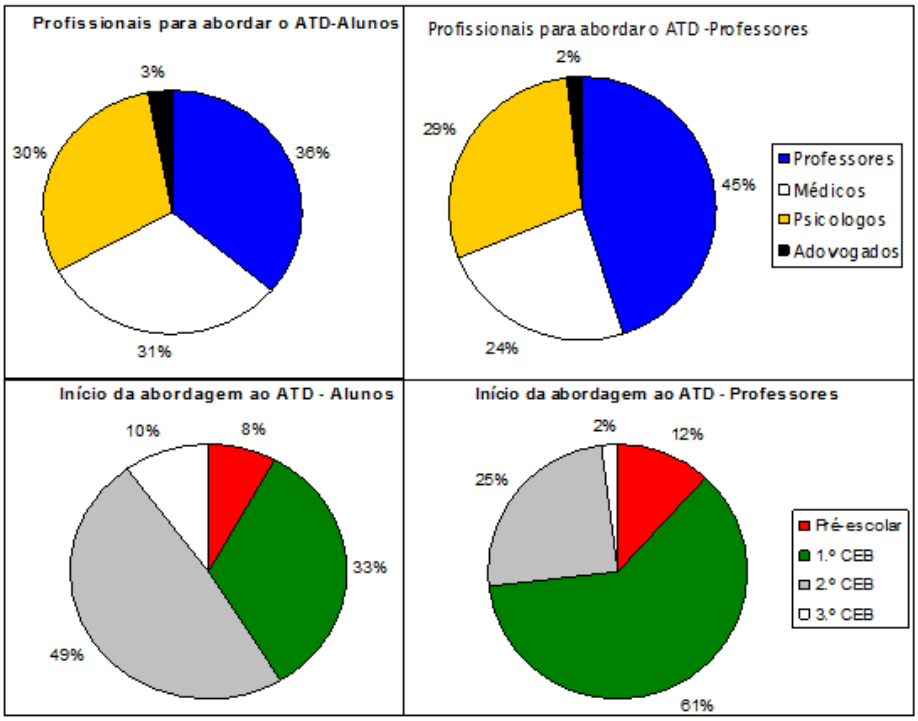
Verifica-se ainda uma quase sobreposição entre os valores dos professores e dos alunos do mesmo ciclo de ensino e aprendizagem, o que se traduz na não existência de diferenças significativas entre as concepções/percepções dos docentes e dos discentes sobre a acção didáctico-pedagógica preventiva. Pelo contrário, existem diferenças estatisticamente significativas na comparação interna dos professores dos diferentes ciclos de leccionação, assim como entre os e alunos dos distintos anos de escolaridade (χ^2; $p<0,05$; $r>0,40$).

Os docentes aduzem como principais obstáculos à implementação de campanhas de prevenção sobre o ATD-toxicodependência em meio escolar a " *falta de formação dos professores*" (25%), a *"falta de parcerias*" (23%), a "*falta de tempo*" (21%), "*o tema está ausente dos manuais escolares" (17%)*, "*o tema está ausente dos programas escolares*" (6%), "*os pais poderem reagir mal*" (4%) e "*é um assunto embaraçoso*" (4%).

3.5. Percepção dos alunos e professores sobre os profissionais que, em meio escolar, devem abordar o ATD

Assiste-se também a uma convergência entre professores (45%) e alunos (36%) relativamente ao especialista mais indicado para trabalhar os assuntos do ATD em contexto escolar (Fig. 2), referindo que essa tarefa cabe principalmente ao "*professor*" (generalista ou especialista), seguido pelo técnico da "*saúde*" e da "*psicologia*", e de que, o campo jurídico–penal é pouco valorizado tanto por docentes (2%) como por discentes (3%). Contudo, estatisticamente (teste Friedman; $p<0,05$), verificam-se diferenças significativas nas concepções/percepções de professores e alunos sobre quem deve liderar o processo da prevenção do ATD em meio escolar quando se estabelecem comparações entre *alunos-professores*; *professores-professores* e *alunos – alunos*.

Figura 2. Percepção dos professores e dos alunos sobre os profissionais e ciclo de inicio da abordagem ao ATD.



Torna-se também claro que, em termos globais, as concepções/percepções de alunos e professores são divergentes no que concerne ao ciclo de iniciação da abordagem preventiva ao ATD (Fig.2), pois os alunos (49%) remetem a iniciação da abordagem ao ATD para o 2.º CEB, enquanto que os professores (61%) apontam o 1.ºCEB (x^2; $p<0,05$;$r>0,40$). As diferenças estão também presentes na análise comparativa intra amostras tanto dos professores como dos alunos (teste Friedman; $p<0,05$).

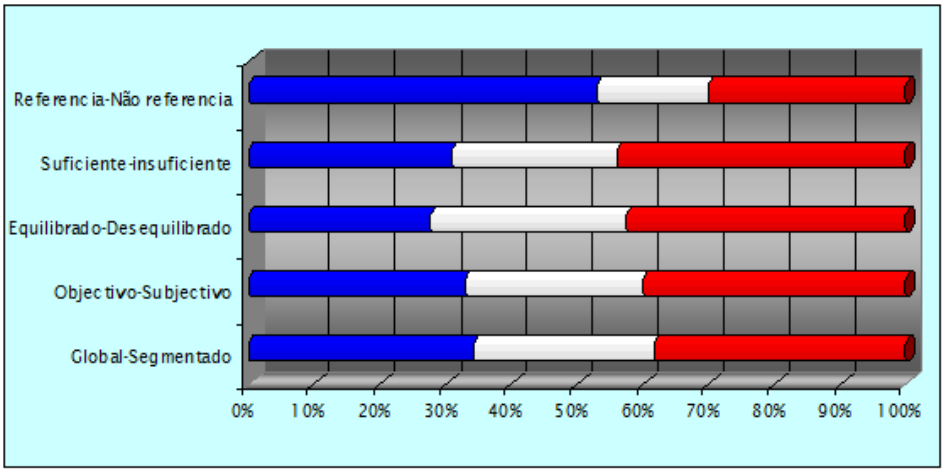
Relativamente ao ano mais adequado para iniciar a abordagem ao ATD, os alunos indicam sequencialmente o 3.º ano (34%), o 5.º ano (31%), o 6.º ano (25%) e o ensino pré–escolar (8%). Por seu turno, os docentes apontaram por ordem decrescente o 3.º ano (37%), o 4.º ano (24%), o 6.º ano (26%) e o ensino pré-escolar (12%) como o ano escolar de início da abordagem do ATD.

Neste parâmetro da análise, professores e alunos apresentam percepções/concepções significativamente diferentes tanto na comparação entre as amostras (x^2; $p<0,05$;$r>0,40$) como intra amostras (teste Friedman; $p<0,05$) em que os discentes remetem o inicio da abordagem preventiva ao ATD principalmente para o 2.º CEB, enquanto os docentes propõe uma abordagem mais precoce, ao nível 3.º e 4.ºano do 1.ºCEB. Situação similar ocorre para a/as disciplina(s) onde deve ser trabalhada a problemática ATD, em que, os alunos apontam principalmente as "Ciências" (32%), a Formação Cívica" (27%) , "Todas" (20%) e a Psicologia" (15%), ao passo que os professores têm uma perspectiva mais interdisciplinar ao invocarem "Todas as disciplinas" (53%), seguidas das "ciências" (32%) e da "psicologia" (12%).

3.6. Percepção dos professores sobre os programas escolares relativamente à abordagem do ATD

No que concerne aos elementos da Transposição Didáctica Externa-TDE (programas escolares) que são prescritos para aplicação em contexto escolar, no campo do ATD, os docentes globalmente consideram que eles referem a problemática aditiva (50%), todavia classificam-nos como sendo insuficientes (44%), desequilibrados (43%), subjectivos (40%) e com uma abordagem segmentada (39%) (Fig.3). No entanto as concepções/ percepções dos professores divergem em função do ciclo de ensino que leccionam (One –Way Anova , Bonferroni; P<0,001).

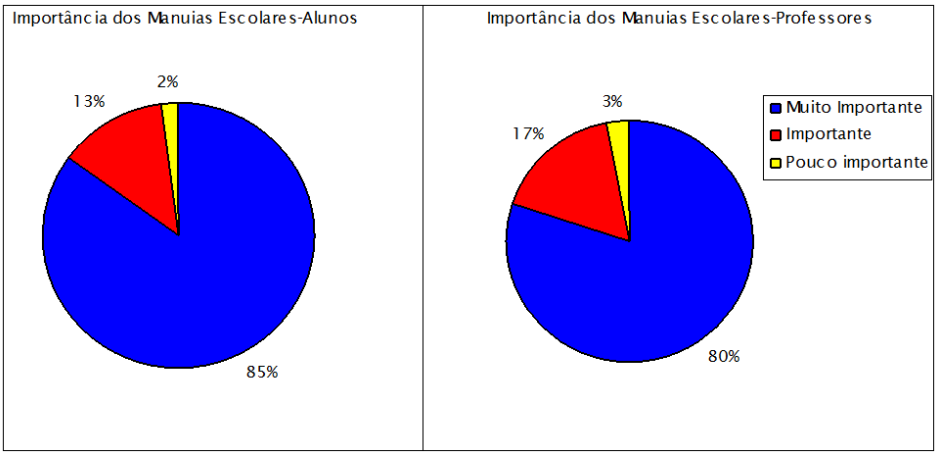
Figura 3. Percepção dos professores sobre Programas Escolares na abordagem ao ATD.



3.7. Percepção dos alunos e professores sobre os manuais escolares relativamente à abordagem do ATD

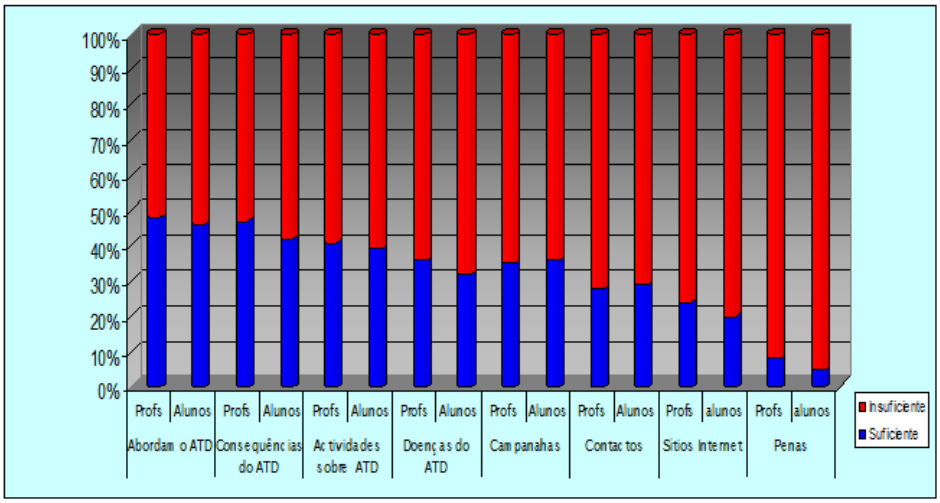
O manual escolar, como instrumento didáctico de mediação entre a transposição didáctica externa (TDE) - saber sábio, decisão política e programas escolares e a transposição didáctica interna(TDI) - práticas docentes e actividade escolar, visando a construção do saber e do desenvolvimento de competências, literacia crítica e *empowerment* em todos os campos da vida e em particular no do ATD é muito valorizado por alunos e professores dos diferentes ciclos de leccionação e anos de escolaridade (Fig.4), não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas na concepções/ percepções tanto da comparação alunos-professores como na comparação alunos–alunos e professores-professores (teste Friedman; p>0,05).

Figura 4. Percepção dos professores e dos alunos sobre a importância dos Manuais Escolares na abordagem ao ATD.



Não obstante ser considerado um recurso didáctico-pedagógico "*muito importante*", o manual escolar é avaliado negativamente quer pelos docentes quer pelos discentes no que se reporta à abordagem aos problemas do ATD tanto na componente textual (Fig.5) como icónica (Fig.6).

Figura 5. Avaliação dos professores e dos alunos à componente textual dos Manuais Escolares no domínio da abordagem aos problemas do ATD.

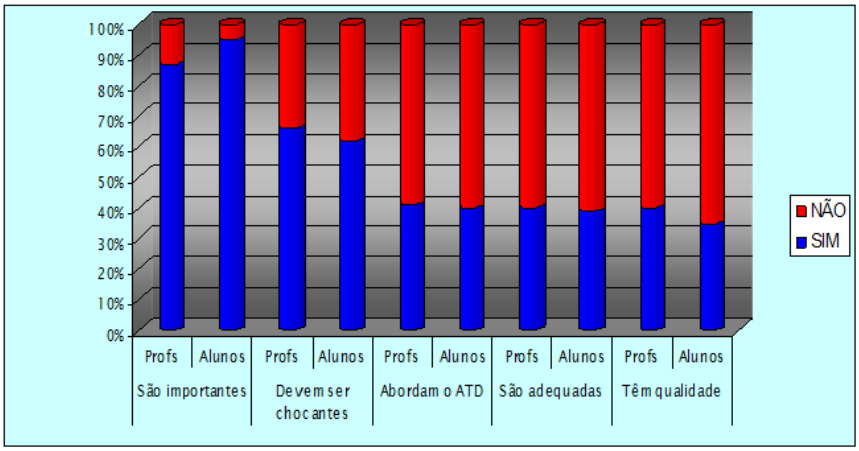


Na análise por ciclos de docência são os professores 2.ºCEB que avaliam mais positivamente os textos dos manuais escolares com que trabalham na abordagem ao ATD (40%) logo seguidos dos do 3.ºCEB/S (34%). No plano oposto situam-se os docentes do 1.ºCEB (26%). Quanto aos alunos, são também os do 2.ºCEB (34%) que têm as melhores percepções sobre a componente textual dos seus manuais, secundados pelos do 1.ºCEB (27%), enquanto os mais críticos são os alunos do 9.º e 10.º anos com 24% e 15% respectivamente.

As percepções/concepções de professores e alunos sobre a abordagem dos manuais escolares com que trabalham à abordagem dos problemas do ATD na dimensão

imagiológica têm uma valoração similar à da componente textual tanto para os alunos como para os professores (Fig.6).

Figura 6. Avaliação dos professores e dos alunos à componente icónica dos Manuais Escolares no domínio da abordagem aos problemas do ATD.



Emergem também como principais concepções/percepções dos professores dos diferentes ciclos de ensino que a escola (programas escolares, manuais escolares e práticas docentes) deve trabalhar a temática do ATD, tendo em vista que os alunos alicercem a sua existência nos pilares do saber, do saber ser, do saber estar e do saber fazer estruturados fundamentalmente "*Informação"* (36%), *"Competências"* (28%), "*Responsabilização"* (26%) e *"Leis e Penas"* (10%).

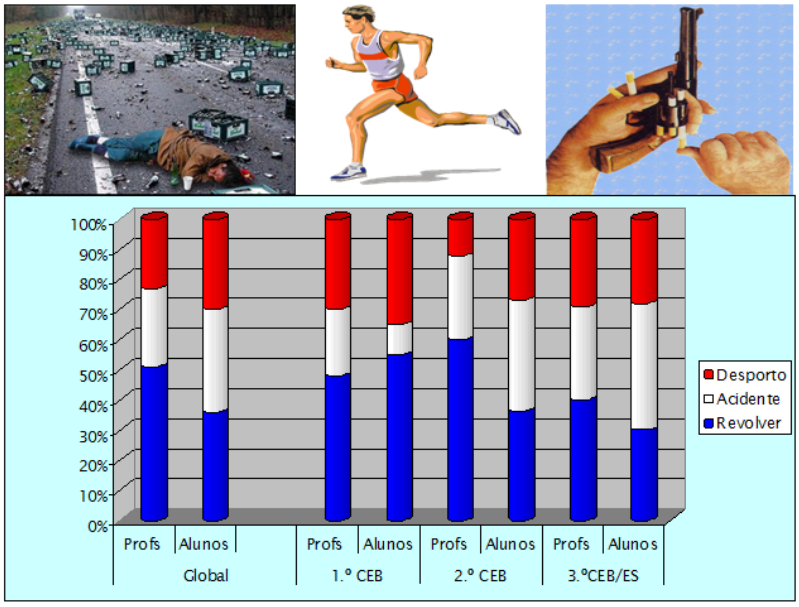
3.8. Percepção dos alunos e professores sobre que tipo de imagem mais adequada para usar nos manuais escolares na abordagem do ATD

Acerca da percepção dos alunos e dos professores sobre a imagem que utilizariam para abordar a problemática do ATD em contexto escolar (Fig.7), sobressai que para os docentes, o papel pedagógico das imagens assenta em factores que objectivam à transmissão de conhecimentos, desenvolvimento de capacidades e saberes, consolidação das aquisições realizadas, operacionalização das aquisições e elaboração de um quadro referencial nos domínios educativo, social e cultural pelo que sendo a adolescência caracterizada pela formação da identidade, pelo choque de valores e pela elevada sensibilidade à imagem e à reputação, 51% dos docentes optaria pela imagem de maior agressividade *(tabaco/ revólver)*, 26% utilizaria a imagem do "*acidente de viação*" enquanto 23% escolheria a imagem da *"prática desportiva"*.

Similarmente, para 36% dos alunos participantes nos estudo, a imagem adequada para trabalhar a problemática ATD em ambiente de escola seria a do "revólver/cigarros" seguida da do "acidente rodoviário" (34%) e, somente 30% dos alunos indicou a da "prática do exercício físico".

A comparação entre alunos-alunos, alunos-professores e professores-professores traduz-se em concepções/percepções substancialmente diferentes, com valores estatisticamente significativos (teste Friedman; $p<0,05$), reveladores da influencia que o ciclo de ensino frequentado e leccionado tem neste domínio.

Figura 7. Percepção dos professores e dos alunos sobre a imagem mais adequada para, em contexto escolar, se trabalhar a problemática ATD.



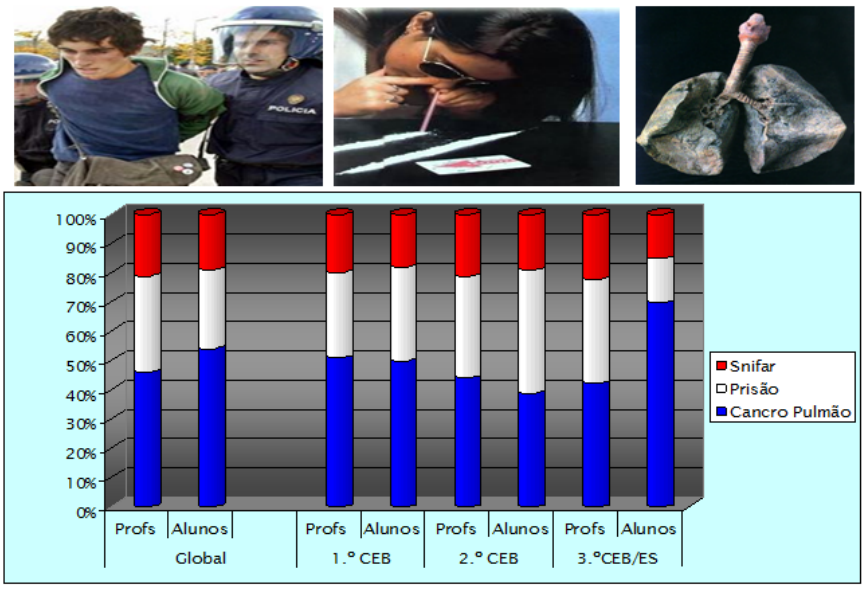
3.9. Percepção dos alunos e professores sobre que tipo de imagem que nos manuais escolares demoverá as pessoas da adição do ATD

Relativamente à percepção dos alunos sobre a imagem que mais poderá afastar as pessoas do consumo de ATD (Fig.8), torna-se evidente que a imagem do "*cancro pulmonar*" é a primeira opção em todos os anos (principalmente no 9.º e 10.º anos), enquanto a imagem da "*inspiração de droga-snifar*" é a menos valorizada em todos os anos, exceptuando o 9.º ano, que ficou em segundo lugar com 22% das opções.

A percepção dos professores neste domínio é consentânea com a dos alunos pois, globalmente, 30% dos docentes indicaram que a melhor imagem para demover os jovens do consumo de drogas seria a da "*privação da liberdade*", 24% a que incorpora marcadores éticos, sociais e psicológicos (*snifar*) e 46% recaem na imagem do "*cancro pulmonar"*.

Estatisticamente (teste Friedman; $p<0,05$) o ciclo de ensino frequentado e leccionado é uma variável determinante na percepção dos alunos e dos professores sobre a imagem que mais demoverá as pessoas do consumo de ATD, e diferencia significativamente tanto os alunos dos professores, como os alunos dos vários ciclos de ensino e dos professores também dos vários ciclos.

Figura 8. Percepção dos professores e dos alunos sobre a imagem que mais demoverá as pessoas do consumo de ATD.



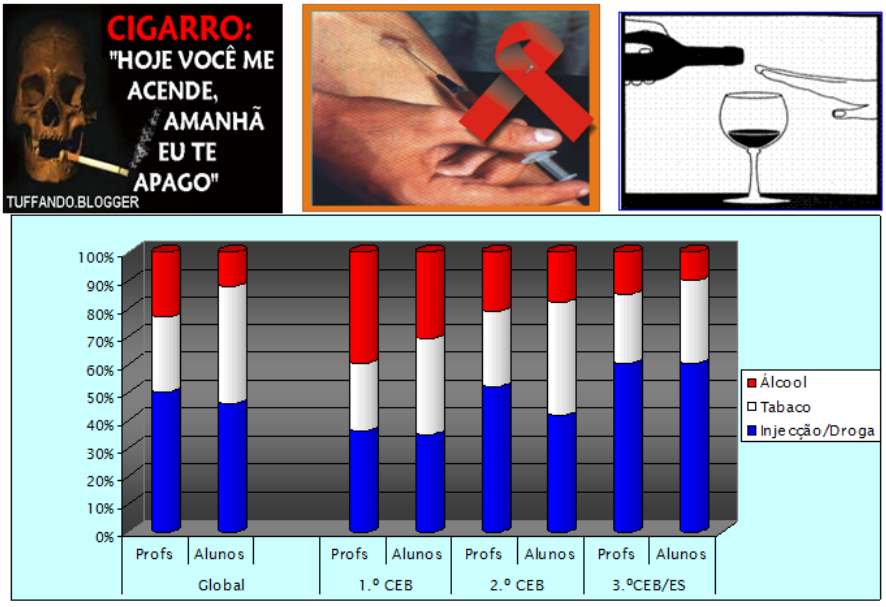
3.10. Percepção dos alunos e professores sobre que tipo de imagem que não utilizariam nos manuais escolares na abordagem do ATD

Reflectindo possivelmente o construto "*sócio-cultural e valorativo"* da sociedade, a percepção dos professores sobre a imagem que não utilizaria para abordar a problemática aditiva (Fig.9), só 21% dos docentes disse que não utilizaria imagem da "*injecção/droga*", 27% não optaria pela imagem do "*tabaco*" enquanto 52% não escolheria a imagem do "*álcool"*. Estes valores permitem verificar que na concepção/percepção dos docentes, a escala de gravidade e produção de danos se organizaria por álcool<tabaco<outras drogas, embora internamente eles se diferenciem significativamente em função do ciclo de ensino leccionado (χ^2; $p<0,05$; $0,40 < r \leq 0,60$).

Para os alunos, a plasticidade mental e formativa característica destas idades, as alterações físicas, psicológicas, sócio-culturais e cognitivas típicas da adolescência tornam-na numa etapa da vida propícia para aquisição de muitos hábitos de vida saudáveis ou não, pelo que, para os sujeitos da amostra a problemática toxicológica como preocupação, representação e condicionante do futuro tem a sua expressão maior na imagem da "*droga/injecção*" (46%), e a menor no "*álcool*" (12%), enquanto a do "*tabaco*" recolhe os restantes 42% de preferências. Todavia na análise por anos de escolaridade os resultados obtidos diferenciam significativamente os alunos (χ^2, $p<0,01$; $0,40 < r \leq 0,60$).

Na análise por género (χ^2, $p>0,05$), o álcool é também a categoria que menos preocupações futuras causa tanto os rapazes (14%) como as raparigas (10%). Como mais preocupante surge para os rapazes o tabaco (45%) e para as raparigas a "*droga/injecção*" (50%).

Figura 9. Percepção dos professores sobre a imagem que não utilizariam para abordar a problemática do ATD.



4 - CONCLUSÕES

Na perspectiva dos alunos e dos professores, o álcool, o tabaco e as outras drogas estão na origem de muitos dos problemas sociais, pessoais, económicos e de saúde pública que afectam a sociedade, com repercussão no domínio, físico psicológico e social dos indivíduos.

Os docentes apresentam concepções, valores e práticas (K, V, P) relativamente ao ATD distintas em função do ciclo de ensino que leccionam, assim como os discentes em função do ano e ciclo de ensino frequentado apresentam diferença de concepções, valores e práticas.

Os docentes reconhecem o uso/abuso aditivo como problema socialmente grave, mais presente no género masculino e com origem nas dinâmicas valorativas, culturais, socio-económicos e idiossincráticas, enquanto que para os discentes o uso/abuso aditivo como problema socialmente grave, mais presente no género masculino (idades mais jovens) e presente de forma igual nos rapazes e raparigas (nos alunos do 9.º e 10.º anos).

À escola é reconhecido, tanto por uns como pelos outros, importante papel preventivo (transmissão de informação e aquisição de competências), todavia os alunos e os professores referem que nas práticas escolares, as acções de prevenção têm pouca expressividade, invocando os professores para tal, obstáculos de natureza social (pais e complexidade do problema), didáctica (programas e manuais escolares) e técnica (falta de formação). Sobressai também a necessidade da abordagem à problemática do álcool, tabaco e outras drogas começar numa idade precoce (início do ensino obrigatório-1.

ºCEB), centrada na transversalidade disciplinar e, na percepção dos docentes liderada pelos próprios professores (generalistas ou especialistas) enquanto para os alunos a acção preventiva deve ter o principal contributo das Ciências (Estudo do Meio, Ciência Naturais e Ciências da Natureza) e da Formação Cívica e envolver professores, médicos, enfermeiros e psicólogos.

No domínio técnico-político (TDE) os professores fazem emergir uma insuficiência programática na abordagem à problemática do ATD, a qual introduz problemas de natureza didáctica (TDI). Na percepção dos professores e dos alunos, a insuficiência na abordagem à complexidade aditiva nos programas escolares repercute-se nos manuais escolares com que trabalham tanto no domínio textual como no campo icónico, pelo que tanto os docentes como os discentes avaliam os manuais negativamente, referindo especialmente a falta de actividades para trabalhar o tema do ATD, a não referencia a campanhas de prevenção, a ausência de números telefónicos e de sítios da *Internet* para possíveis contactos, o desprovimento do quadro legal, a não existência de imagens chocantes e descrição de doenças geradas pelo ATD, a falta de continuidade, sequencialidade e integração da temática nos vários capítulos e tópicos que compõem o manual escolar.

As concepções/percepções dos professores situam a abordagem preventiva à temática do ATD mais numa perspectiva Biomédica (saúde pública) e menos na do modelo de Promoção da Saúde. Neste aspecto, também os alunos enfatizam a vertente consequencial em detrimento da componente preventiva (*empowerment*, literacia, estilos de vida saudáveis), sobrevalorizam a dimensão física comparativamente aos aspectos psicossociais e económicos. Quanto às preocupações futuras no que concerne ao ATD, os alunos embora afirmem desconhecer a existência de um vasto leque de substâncias, fazem emergir principalmente preocupações relacionadas com as drogas ilícitas e com o tabaco, enquanto que o álcool é a substância que menos preocupações futuras causa nos alunos de todas os anos e ciclos de ensino.

BIBLIOGRAFIA

Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

Carmo, J.M. (2000) O programa para as Ciências da Natureza: uma análise crítica, *in*, Pacheco, J.A., Morgado, J.C. e Viana, I. C. (org) *Políticas Curriculares: Caminhos de Flexibilização e Integração*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia -Actas do IV colóquio sobre questões curriculares.

Carvalho, G. S. (2003) Literacia Para a Saúde: Um Contributo Para a Redução das Desigualdades Em Saúde. In Lendro, M. et al. (org.) *Saúde. As teias da discriminação social*. Braga: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.

Clément, P. (2004) Sciences et idéologie : exemple en didactiques et épistémologie de la biologie. *In* Aster do Colóquio «Sciences, Médias et Société» J. Le Marec & I. Babou (Eds), ENS-LSH, p.53-69.

Coolican, H. (1990). Research Methods and statistics in psychology. London: London press.

Maslow, A. (1945) *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.

Negreiros, J. (2000) As prevenções do abuso de drogas em Portugal: apreciação crítica e perspectivas para o futuro, in Precioso, J., Viseu, F., Dourado. L., Vilaça, M.T., Henriques, R. e Lacerda, T. (org) *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação-Universidade do Minho.

Pestana, M. A. e Gageiro, J. N. (2000) *Análise de Dados Para Ciências Sociais: A complementari-*

dade do SPSS (2.ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Rush, B. (2000) Avaliação de sistemas e programas de tratamento. In: *Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependências* (Ferreira- Borges, C. e Filho, H.C. (Ed)). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Tuckmam B. W. (2000) *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

CONSUMO DE DROGAS E OS LOCAIS DE OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES NA ADOLESCÊNCIA: ANÁLISE COMPLEMENTAR DO ESTUDO HBSC/OMS

Ana Naia[1], Celeste Simões[2] & Margarida Gaspar de Matos[3]

Resumo

Este artigo tem como principal objectivo aprofundar duas questões: 1) O local onde o jovem passa os seus tempos livres está relacionado com o consumo de drogas? 2) Que locais estão associados a um maior risco ou protecção? Os dados utilizados na análise deste artigo fazem parte do estudo da Organização Mundial de Saúde, integrado na Rede Europeia "Health Behaviours in School-aged Children (HBSC/OMS)". Os resultados confirmam que existe uma relação entre o consumo de substâncias ilícitas e os contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres. A escola e os espaços desportivos, parecem estar mais associados à protecção, enquanto que as discotecas/bares e os cafés parecem estar mais associados ao risco.

Palavras-chave

Adolescência; substâncias ilícitas; tempos livres.

INTRODUÇÃO

Cerca de 3% da população de todo o mundo, de quase todos os países, ou seja, 185 milhões de pessoas consomem drogas ilícitas anualmente. Este número será provavelmente superior se considerarmos também os que estão envolvidos na produção e no tráfego de drogas (Nações Unidas - Departamento de Drogas e Crime, 2004).

Em Portugal, o estudo HBSC/OMS (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003), mostra que o consumo deste tipo de substâncias em adolescentes, aumentou de 5% para 10%, de 1998 para 2002, sendo que são os rapazes quem mais frequentemente refere consumir, comparativamente com as raparigas, assim como os adolescentes mais velhos, comparativamente com os adolescentes mais novos. No que se refere ao estudo de 2006, não surgiram alterações significativas relativamente ao estudo anterior. Os consumos de substâncias ilícitas mantêm-se estacionários tendo havido uma estabilização do consumo regular. Mantém-se a tendência dos rapazes consumirem mais, sendo os mais velhos (16 anos ou mais) os que mais consomem. De 2002 para 2006 nota-se uma estabilização da experimentação de haxixe ou erva, da heroína, do LSD, da cocaína e do ecstasy (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2006). A nível internacional e no que se refere ao consumo de cannabis, o estudo do HBSC mostra que, de uma forma geral, a experimentação (1-2 vezes no último ano) e o uso recreacional (3-39 vezes no último ano) são mais comuns do que os consumos regulares e problemáticos (consumos superiores a 40 vezes no último ano) (Bogt, Fotiou, & Gabhainn, 2004). Este último tipo de consumidores representa 5-10% das amostras no Canadá, Inglaterra, Escócia, Espanha, Suiça e Estados Unidos; 4-5% das amostras da Bélgica (Francesa), França e Eslovénia; e cerca de 3% na Bélgica (Flamenga), República Checa, Alemanha, Gronelândia, Irlanda, Itália, Países Baixos, Portugal e Gales. Na maior parte dos países e regiões, o grupo de consumidores regulares é relativamente pequeno:

1. Faculdade de Motricidade Humana / Universidade Técnica de Lisboa/Projecto Aventura Social. **anaia@fmh.utl.pt**
2. Faculdade de Motricidade Humana / Universidade Técnica de Lisboa/Projecto Aventura Social. **csimoes@fmh.utl.pt**
3. Faculdade de Motricidade Humana / Universidade Técnica de Lisboa/Projecto Aventura Social. **mmatos@fmh.utl.pt**

menos do que 2%. No que diz respeito ao consumo de cannabis nos últimos 12 meses, Portugal encontra-se dentro da média comparativamente aos outros países da Europa. Neste campo, o Canadá apresenta prevalências mais elevadas e a Macedónia, prevalências mais reduzidas. Verifica-se ainda uma discrepância entre géneros, apurada em todos os países, na medida em que os rapazes consomem mais cannabis do que as raparigas.

De acordo com o último relatório do projecto ESPAD em 2003, comparativamente com os restantes países da Europa, a Prevalência ao Longo da Vida, do consumo de marijuana ou do haxixe em Portugal, é menor do que a média para todos os países do ESPAD (15 comparados a 21%). O uso de outras drogas ilícitas (anfetaminas, LSD/outro alucinogénico, crack, cocaína, ecstasy e heroína) encontra-se dentro da média (7 contra 6%). O uso dos inalantes é ligeiramente mais baixo do que a média do ESPAD (8 e 10% respectivamente) e o mesmo se aplica ao uso dos tranquilizantes ou dos sedativos sem prescrição médica (4 contra 6%). (ESPAD Report, 2003).

De acordo com Feijão e Lavado (2004), no que se refere ao consumo de substâncias ilícitas em Portugal, os resultados confirmam a tendência que vem sendo evidenciada nos estudos anteriores e que se traduz num acréscimo da percentagem de jovens em idade escolar que já experimentou drogas ou que as consome esporádica ou habitualmente. Assim, de 1999 para 2003, a percentagem de alunos de 16 anos que já experimentou alguma droga subiu de 12 para 18%.

O tempo livre tem sido visto como uma variável muito importante no que respeita à promoção da saúde em geral e ao consumo de substâncias em particular. O contexto social do lazer, onde são proporcionadas oportunidades para a diferenciação e integração, é importante para o desenvolvimento dos adolescentes (Caldwell & Darling, 1999; Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003). Neste período verifica-se uma modificação das relações entre o adolescente e os múltiplos contextos sociais em que se encontra inserido, e nos quais estabelece diariamente as mais variadas interacções. De acordo com vários autores (Lerner & Galambos, 1998, Matos et al. 2003) as alterações que ocorrem neste período, possibilitam uma grande diversidade de experiências ao adolescente e podem representar factores de risco e factores de protecção para o seu desenvolvimento.

Vários estudos referem que o facto dos adolescentes passarem o seu tempo livre em contextos sociais não estruturados, está relacionado com um maior uso de substâncias (Caldwell & Darling, 1999). De acordo com uma revisão de estudos efectuada por Simões (2005), os contextos sociais, como festas, saídas à noite, etc., surgiram como um factor de risco para o consumo de substâncias, na medida em que os jovens referem que determinados contextos são fortes determinantes dos consumos, em especial do consumo de álcool. Uma das principais razões para beber álcool é o facto deste comportamento facilitar a "entrada no ambiente das festas". São vários os contextos referidos para se iniciar os consumos, nomeadamente: em casa, casa de amigos, na rua, em locais de diversão, na escola, no trabalho, etc. O consumo destas substâncias pode ter lugar em situações de lazer, de festa, nos concertos/festivais; mas também pode estar intimamente associado a momentos de solidão, tristeza, situações de ócio, de desocupação, de absentismo escolar (Patrício, 2002).

De acordo com Pawelko e Magafas (1997), a participação em actividades de recreação organizadas e estruturadas, permite o uso construtivo do tempo livre e contribui também para a redução da adopção de comportamentos de risco. A organização do lazer e a gestão do tempo são preocupações importantes relacionadas com o bem-estar e a qualidade de vida os jovens. Actualmente, muitos dos programas de recreação oferecidos aos jovens parecem não ir de encontro das suas verdadeiras necessidades e motivações, o que faz com que a maior parte não adira e opte por caminhos menos saudáveis, com graves

consequências no futuro.

Um outro contexto, frequentemente associado aos comportamentos relacionados com a saúde na adolescência, é a escola. A escola pode ser vista como um factor protector na adopção de comportamentos de risco, ou propiciador destes, dependendo de vários factores (Zaff, Moore, Papillo, Williams, & Child Trends, 2003). Segundo Bonny, Britto, Klostermann, Hornung e Slap (2000), os estudantes com maior ligação à escola revelam um melhor estado de saúde e um menor uso de álcool e cigarros, comparativamente com os estudantes com fraca ligação à escola. O estudo revelou ainda, que a ligação à escola foi um dos factores mais protectores do que qualquer outro factor, incluindo a ligação à família. Também Steinberg e Avenevoli (1998), realizaram um estudo cujos resultados sugerem que a fraca ligação com a escola precede o uso de álcool e drogas. Os autores referem que os jovens que estão ligados à escola têm tendência para estar ligados a outros jovens com características similares, no que se refere à ligação com a escola, o que limita o desligar da escola e a exposição a grupos de pares desviantes. Estes jovens passam mais tempo e focam mais a sua atenção em actividades relacionadas com a escola, incluindo os trabalhos da escola e actividades extracurriculares, o que lhes deixa pouco tempo para actividades delinquentes.

De acordo com estudos realizados (Darling, Caldwell, & Smith, 2005), os adolescentes que participam em actividades extracurriculares apresentaram melhores notas, atitudes mais positivas face à escola, e aspirações académicas mais elevadas. As actividades extracurriculares providenciam ambientes de lazer estruturado. Estas actividades proporcionam aos adolescentes oportunidades únicas para a construção e desenvolvimento da sua própria identidade, através da escolha de diferentes actividades ou acções, dentro de um contexto seguro que não favorece a adopção de comportamentos de risco. Permitem ainda oportunidades para os jovens se relacionarem uns com os outros, além do contexto da sala de aula. Segundo Darling et al. (2005) estas actividades permitem uma maior protecção contra a adopção de determinados comportamentos de risco como, por exemplo, o consumo de substâncias ilícitas, de álcool, comparativamente aos contextos não estruturados de lazer social. A participação em actividades extracurriculares pode permitir aos adolescentes o acesso a redes sociais, actividades, fontes e equipamentos que de outra forma não estariam disponíveis.

Num estudo realizado por Simões (2005), os jovens referiram que a participação em actividades de lazer e desportivas é por vezes incompatível com determinados comportamentos de risco, nomeadamente os consumos. Os jovens participantes no estudo destacaram ainda algumas das funções utilitárias dos comportamentos de risco, nomeadamente a ocupação de tempos livres e a descontracção, pelo que a ocupação de tempos livres de forma organizada poderá constituir um factor de protecção para o envolvimento em comportamentos de risco.

A revisão da literatura apresentada indica que os contextos em que o adolescente se insere e passa a maior parte dos seus tempos livres influenciam o seu desenvolvimento e percurso de vida. Dado que este tema não tem sido objecto de muitos estudos, decidiu-se analisar as relações existentes entre os contextos frequentados e o consumo de substâncias ilícitas. O objectivo deste artigo prende-se essencialmente com o aprofundamento de duas questões: 1) O local onde o jovem passa os seus tempos livres está relacionado com o consumo de drogas ilícitas? 2) Quais os locais que estão associados a um maior risco ou protecção?

Os dados utilizados neste trabalho foram recolhidos no âmbito do estudo HBSC/OMS (Health Behavior in School -aged Children) em Portugal (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003). O estudo HBSC/OMS é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (Currie, Smith, Boyce & Smith, 2001; Currie, Roberts, Morgan, Smith,

Settertobulte, Samdal & Rasmussen, 2004), que pretende analisar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Para este estudo específico escolheram-se variáveis referentes a alguns contextos onde os jovens passam os seus tempos livres e outras referentes ao consumo de substâncias ilícitas, relacionando-se posteriormente as variáveis, tentando perceber que relações existem entre elas. O trabalho aqui apresentado faz parte de uma pesquisa mais alargada, neste artigo enfatiza-se apenas relação entre o consumo de substâncias e os contextos ocupados pelos jovens nos seus tempos livres.

MÉTODO

Sujeitos

Sujeitos participantes no estudo da Organização Mundial de Saúde, integrado na Rede Europeia "Health Behavior in School-aged Children (HBSC/OMS)", realizado em Portugal Continental em 2002 (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003). Esta amostra é composta por 6131 sujeitos, dos 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade (49% do género masculino e 51% do género feminino), com idades compreendidas entre os 11 e os 25 anos.

Instrumento

O questionário internacional para cada estudo HBSC é desenvolvido através de uma investigação cooperativa entre os investigadores dos países. Todos os países incluíram os itens obrigatórios do questionário que abrangem aspectos da saúde, a nível demográfico, comportamental e psicossocial. O questionário, de auto-preenchimento, é composto por quatro partes. A primeira parte do protocolo internacional obrigatório, englobando questões demográficas (idade, género, estatuto socioeconómico), questões relativas ao ambiente na escola, ao consumo de tabaco e álcool, família, escola e pares; uma segunda parte relacionada com as questões específicas do protocolo internacional: violência e lesões, actividade física e saúde positiva; a terceira parte com questões relacionadas com perguntas de monitorização, cultura de grupo e lazer, consumo de drogas e actividade física; por último, numa quarta parte foram incluídas questões relacionadas com o comportamento sexual e atitudes e conhecimento face ao VIH/Sida.

Para elaborar o presente artigo, seleccionaram-se quatro variáveis do estudo HBSC/OMS, nomeadamente: tempos livres, drogas ilícitas, idade e género. No que se refere à variável Tempos Livres seleccionaram-se quatro contextos, nomeadamente: Discotecas/Bares, Cafés, Escola e Espaços Desportivos A questão relativa à variável Tempos Livres foi a seguinte "Com que regularidade frequentas estes contextos?", com 3 modalidades de resposta (1=Raramente, 2=Às vezes e 3=Muitas Vezes). A questão relativa à variável drogas, foi a seguinte "Quantas vezes consumiste drogas no último mês?", com quatro modalidades de resposta (1=Nenhuma, 2=Uma vez, 3=Mais que uma vez, 4=Consumo Regular).

Procedimento

A recolha de dados realizou-se em Março e Abril de 2002, tendo sido seleccionados os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, distribuídos por 135 escolas públicas do ensino regular (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003). Foram seleccionadas aleatoriamente escolas a partir de uma lista nacional, estratificadas por regiões do país (cinco regiões escolares). De acordo com o protocolo de aplicação do questionário *Health Behavior* in *School-aged Children* (HBSC), a técnica de escolha da amostra foi a "cluster sampling" onde o *"cluster"* ou unidade de análise foi a turma. A administração dos questionários realizou-se no contexto da sala de aula e o seu preenchimento foi supervisionado por um professor, ao qual era dirigida uma carta relativa aos procedimentos para a sua aplicação.

Antes do preenchimento os alunos foram informados que a resposta ao questionário era voluntária, confidencial e anónima. O tempo de preenchimento do questionário situou-se entre os 60 e os 90 minutos.

Resultados

Previamente à análise dos resultados relativos à associação entre o consumo de substâncias ilícitas e os contextos frequentados pelos jovens nos tempos livres, é apresentada uma descrição dos resultados e os procedimentos utilizados na transformação das variáveis originais.

Tendo em conta que um dos principais objectivos do estudo consistia na análise das relações entre as variáveis em causa, em função do género e da idade, optou-se por apresentar a descrição dos resultados com a amostra subdividida por género (feminino/masculino), e idade (mais novos/mais velhos), pelo que os resultados são apresentados em 4 grupos, nomeadamente: rapazes mais novos, raparigas mais novas, rapazes mais velhos e raparigas mais velhas. A decisão pelo ponto de corte para a criação de dois escalões etários não teve por base a mediana (que daria uma distribuição quantitativamente uniforme dos sujeitos), mas sim um critério teórico. Vários autores (Bronfenbrenner, 1997; Felner & Adan, 1988) salientam a importância das idades transaccionais, como factor que poderá estar na base de algumas mudanças no estilo de vida do adolescente. Dado a transição entre o 3.ºciclo de escolaridade e o secundário ocorrer quando os sujeitos têm 15 ou mais anos, optou-se por criar um grupo de jovens mais novos, com idade inferior a 15 anos, e um grupo de jovens mais velhos, com idade igual ou superior a 15 anos.

Os dados descritivos em função dos quatro grupos, no que diz respeito ao consumo de substância ilícitas são apresentados no Quadro 1. Como é possível verificar, cerca de 2,4% dos adolescentes refere ter consumido, pelo menos uma vez, drogas ilícitas no último mês. De um modo geral, as raparigas e os adolescentes mais novos referem um menor envolvimento neste tipo de comportamento, comparativamente com os rapazes e os adolescentes mais velhos, respectivamente. No que se refere ao consumo regular no último mês, é possível verificar que os rapazes mãos velhos apresentam um consumo significativamente superior (4,1%) e as raparigas mais novas apresentam um valor significativamente inferior (0,6%) à média percentual (1,5%). Rapazes mais novos e raparigas mais velhas não apresentam valores significativamente diferentes da média percentual.

Quadro 1. Percentagens observadas relativas ao consumo de drogas no último mês por género e grupos etários

Amostra Percentagem Coluna Residual Ajustado	Rapazes mais Novos	Raparigas mais novas	Rapazes mais velhos	Raparigas mais velhas	Total
Nenhuma	1664 94,9% 3,1	1902 97,8% 9,7	794 83,3% -13,7	867 91,6% -2,4	5227 93,4%
1 vez	32 1,8% -1,8	19 1,0% -5,0	55 5,8% 7,6	26 2,7% 1,9	132 2,4%
Mais que 1 vez	3 1,9% -2,6	13 0,7% -6,9	65 6,8% 8,6	41 4,3% 3,4	152 2,7%
Consumo Regular	24 1,4% -0,7	11 0,6% -4,3	39 4,1% 7,0	12 1,3% -0,7	86 1,5%
Total	1753 100%	1945 100%	953 100%	946 100%	5597 100%

n= 5597 (χ^2 = 236,627 g.l.=9,p=.000) (p< .05; ** p< .01)*

Para analisar a relação entre os consumos de substâncias ilícitas e os contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres utilizou-se a correlação de Spearman para variáveis ordinais. Os Quadros 2 e 3 apresentam os dados relativos à amostra total e por grupos, respectivamente.

Quadro 2. Correlação (r Spearman) entre o consumo de substâncias ilícitas e os contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres

Contexto	r Spearman / n
Escola	-0.090** (3218)
Espaços Desportivos	-0,041* (3246)
Cafés	0,237** (3223)
Discotecas/Bares	0,290** (3173)

(p< .05; ** p< .01)*

Quadro 3. Correlação (r Spearman) entre os consumos de substâncias ilícitas e os contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres, por género e grupos etários

R	Discotecas/ Bares	Escola	Cafés	Espaços Desportivos
Rapazes Mais novos	0.350**	-0.0131**	0.142**	-0.008
Raparigas Mais novas	0.204**	-0.050	0.183**	0.028
Rapazes Mais velhos	0.293**	-0.082*	0.242**	-0.114**
Raparigas Mais velhas	0.227**	-0.061	0.277**	-0.104**

(p< .05; ** p< .01)*

Como pode ser observado no Quadro 3, a Escola e os Espaços Desportivos são os únicos contextos que apresentam uma correlação negativa significativa para alguns grupos. No que diz respeito às Discotecas/Bares e aos Cafés, estes apresentam uma correlação positiva significativa para todos os grupos de jovens. Uma análise mais detalhada deste Quadro permite verificar que: em relação ao contexto Escola, verifica-se uma correlação negativa fraca para todos os grupos de jovens, mas apenas significativa para os rapazes; nos Espaços Desportivos, verifica-se uma correlação negativa fraca e significativa para os jovens mais velhos, onde a diferença entre os rapazes e as raparigas é muito reduzida; nas Discotecas/Bares, verifica-se uma correlação positiva fraca, significativa para todos os grupos de jovens, sendo que nos rapazes, o valor da correlação é ligeiramente maior; e no que se refere aos Cafés, verifica-se uma correlação positiva fraca, significativa para todos os grupos de jovens, sendo que nos jovens mais velhos, o valor da correlação é ligeiramente maior.

DISCUSSÃO

A análise das relações entre o consumo de substâncias ilícitas e os contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres mostrou que estas são de um modo geral fracas. Contudo são significativas para quase todos os grupos de jovens, com excepção dos espaços desportivos (apenas significativos para os jovens mais velhos), e da escola (apenas significativa para os rapazes de ambos os grupos etários).

Dentro dos contextos analisados, tanto a escola como os espaços desportivos, depois de relacionados com o consumo de substâncias ilícitas, apresentam uma correlação negativa (com excepção dos espaços desportivos para as raparigas mais novas), o que

parece ser indicativo de um contexto associado à protecção. No que se refere à relação entre os consumos de substâncias e a escola, esta não é significativa para as raparigas, embora sejam elas que referem mais frequentemente lá passar os seus tempos livres, e também são elas que consomem menos comparativamente com os rapazes. De acordo com os dados obtidos, parece que a escola é mais protectora face aos consumos para os rapazes, do que para as raparigas.

Nenhum dos contextos analisados surgiu como factor aliado à protecção para as raparigas mais novas. Contudo também foram elas que referiram consumir menos vezes, relativamente às raparigas mais velhas.

Estes resultados vão de certa forma ao encontro da literatura apresentada, na medida em que, de acordo vários autores (Simões, 2005; Bonny et al., 2000), a ligação à escola é um importante factor de protecção. Também Steinberg e Avenevoli (1998) realizaram um estudo que sugere que a fraca ligação com a escola precede o uso de álcool e de drogas. Embora não tenhamos dados que o tempo passado na escola seja em actividades extracurriculares, vários estudos revelaram que os jovens que participam em actividade extracurriculares, que à partida providenciam ambientes de lazer estruturado, estão mais protegidos contra a adopção de comportamentos de risco (Darling et al, 2005).

No que se refere aos espaços desportivos também existem vários estudos que concluem que a prática de actividades físicas é um factor protector. Esta prática tem a vantagem não apenas de ocupar os tempos livres, como também englobar determinadas actividades que são incompatíveis com o consumo de substâncias ilícitas. Tanto a escola como os espaços desportivos representam contextos que à partida são estruturados, permitem o uso construtivo do tempo livre e contribuem também para a redução da adopção de comportamentos de risco (Pawelko & Magafas, 1997).

Por outro lado, tanto as discotecas/bares como os cafés, depois de relacionados com o consumo de substâncias ilícitas, apresentam uma correlação positiva, o que parece ser indicativo de um contexto associado ao risco. Como foi referido na revisão bibliográfica, é precisamente neste tipo de contextos que existe um maior consumo de tabaco e de álcool, por iniciativa própria ou por influência do grupo de pares, ou mesmo por ser um padrão de referência dentro destes contextos. Este aspecto parece ir ao encontro das conclusões do estudo, na medida em que determinados contextos sociais estão intimamente associados com o consumo de drogas lícitas, que são percursores das ilícitas, representando por isso factores de risco a ter em conta.

CONCLUSÃO

Na adolescência fazem-se opções determinantes no percurso de vida de cada pessoa. Um dos problemas nesta fase é a adopção de comportamentos de risco, onde embora – na maior parte das vezes - comecem por uma simples curiosidade, podem depois evoluir para graves dependências. O consumo de substâncias ilícitas tem consequências que se repercutem ao longo da vida do indivíduo e dos que com que eles convivem podendo inclusivamente condicionar o seu percurso de vida.

A leitura conjunta da literatura apresentada e análise dos resultados obtidos neste estudo, mostram que existe uma relação, ainda que fraca, entre o consumo de substâncias ilícitas e os contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres. Os resultados obtidos parecem mostrar que contextos como a escola e os espaços desportivos, estão preferencialmente associados à protecção, enquanto que as discotecas/bares e os cafés parecem estar preferencialmente associados ao risco.

Torna-se crucial combater o aumento de prevalências de consumo, investindo numa prevenção primária precoce, bem como numa intervenção mais focalizada dirigida a

nichos ecológicos específicos potencialmente associados ao risco. Só conhecendo todos os factores que podem influenciar os consumos é que se poderão delinear estratégias de intervenção mais adequadas.

Agradecimentos

Os autores agradecem à equipa do Projecto Aventura Social, pelo seu trabalho ao nível da recolha e tratamento de dados. Um agradecimento também para as entidades financiadoras: Faculdade de Motricidade Humana, Fundação para a Ciência e Tecnologia / Ministério da Ciência e do Ensino Superior / Projecto POCTI – 37486/PSI/2001-Jan 2002-2004), e Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (estudo específico) (Estudo de 2002).

BIBLIOGRAFIA

Bogt, T. t., Fotiou, A., & Gabhainn, S. N. (2004). Cannabis use. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study*: International report from the 2001/2001survey (pp. 84-89). Copenhagen: World Health Organization.

Bonny, A. E., Britto, M. T., Klostermann, B. K., Hornung, R. W., & Slap, G. B. (2000). School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. Pediatrics. Retirado em 20-09-2002, de www.findarticles.com

Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological models of human development. In M. Gauvain & M. Cole (Eds.), *Readings on development of children* (2nd ed, pp. 3-8). New York: W. H. Freeman & Company.

Caldwell, L., & Darling, N. (1999). Leisure context, parental control, and resistence to peer pressure as predictors of adolescent partying and substance abuse: An ecological perspective. *Journal of Leisure Research*, (First Quarter 1999), 1-24.

Currie, C., Smith, R., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: Research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

Currie, C., Roberts C, Morgan A , Smith,R Settertobulte,W Samdal O & Rasmussen V.,(2004) *Young people's health in context: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2001survey* (pp. 84-89). Copenhagen: World Health Organization.

Darling, N., Caldwell, L., & Smith, R. (2005). Participation in School-Based Extracurricular Activities and Adolescent Adjustment. *Journal of Leisure Research*, (First Quarter 2005), 1-41.

Feijão, F. & Lavado, E. (2004). ESPAD/2003 – Portugal. Que evolução de 1999 para 2003? Resultados Preliminares. IDT – Observatório da Droga e da Toxicodependência. Lisboa. Retirado de: http://www.idt.pt/media/relatorios/investigacao/ESPAD_2003.pdf

Felner, R. D., & Adan, A. M. (1988). The school transitional environment project: An ecological intervention and evaluation. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion & J. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention.* Washington DC: American Psychological Association.

Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. (2004). *The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.* Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe.

Lerner, R. M., & Galambos, N. L.(1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*. Retirado em 15-07-2000,

de www.findarticles.com.

Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: quatro anos depois*. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2006). Consumo de Substâncias dos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar. Retirado em 15-01-2006, de: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com.

Nações Unidas - Departamento de Drogas e Crime. (2004).*World Drug Report*. Viena.

Patrício, L. D. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.

Pawelko, K., & Magafas, A. (1997). Leisure well being among adolescent groups: time, choices and self-determination [Electronic Version]. Parks & Recreation. Retirado em 20-01-2006, de: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m1145/is_n7_v32/ai_19649715/pg_4.

Pereira, E. G., & Matos, M.(2005). Grupo de pares, comportamentos desviantes e consumo de substâncias. In M. Matos, (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 95-96). Lisboa: Edições FMH.

Simões, M. C. R. (2005). Comportamentos de Risco na Adolescência, Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

Steinberg, L., & Avenevoli, S. (1998). Disengagement from school and problem behavior in adolescence: A developmental-contextual analysis of the influences of family and part-time work. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 392-424). New York: Cambridge University Press.

Zaff, J. F., Moore, K. A., Papillo, A. R., Williams, S., & Child Trends. (2003). Implications of Extracurricular Activity Participation During Adolescence on Positive Outcomes. *Journal of Early Adolescent Research*,18, (Novembro).

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS E SAÚDE MENTAL NOS JOVENS DO DISTRITO DE ÉVORA – UM CONTRIBUTO PARA A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Helder Marques[1] & Maria de Fátima Marques[2]

Resumo

Os problemas de saúde mental estão muitas vezes ligados, entre outros factores, ao abuso de drogas e álcool. A tolerância social concedida aos consumos de álcool e a escassa percepção do risco associado a essa ingestão tem sido um dos factores que tem contribuído para a generalização dos consumos entre os adolescentes e jovens, favorecendo a instauração de uma imagem de "normalização" destas condutas. A associação entre o consumo de álcool e outras drogas e a diversão é um fenómeno generalizado na Europa (Cabral, 2005). O presente trabalho é de cariz exploratório, utilizando-se uma abordagem quantitativa. A amostra é constituída por 590 jovens, do 9.º e 12.º Ano, de 12 dos 14 concelhos do Distrito de Évora e teve como objectivos: Caracterizar os consumos de álcool e drogas, dos jovens do Distrito de Évora; Identificar a relação entre os consumos de álcool e/ou drogas com aspectos da saúde mental. A aplicação dos questionários foi feita no 1.º período do ano lectivo 2007/2008.

Palavras-chave

Álcool; drogas; saúde mental.

ADOLESCÊNCIA E SAÚDE MENTAL

Segundo Doron e Parot (2001, p.32), a adolescência é uma fase de reestruturação afectiva e intelectual da personalidade, "*um processo de individuação que (...), constitui um campo psicológico privilegiado para o estudo da mudança. As formas clínicas da adolescência comportam, de igual forma, uma originalidade juvenil considerada normal, sentimentos de isolamento (...), onde se iniciam graves perturbações mentais e atitudes de desafio e de dependência, que provocam a agressão e o desvio*".

A adolescência é caracterizada por mudanças rápidas no físico, no psicológico e no social, implicando uma crise de identidade, sendo o período por excelência de risco para o ingresso no uso de substâncias psicoactivas. Não só pelo facto de querer experimentar algo de novo, buscar novas emoções e desafios, mas também encontrar nessas novas buscas "respostas" para o seu viver. A sociedade, nos seus diversos segmentos e no seu poder mediático, influencia o comportamento social, na maioria das vezes, apontando para a obtenção de objectos de consumo. No meio de profundas desigualdades sociais e de uma comunicação social apelativa para o consumismo e para pseudovalores da vida, os indivíduos sentem-se incluídos socialmente quando cumprem com eficácia essas expectativas.

O meio social oferece mais riscos que protecção aos adolescentes. O álcool está inserido na cultura, presente nos lazeres e encontros adolescentes, presente dentro das

1. Hospital do Espírito Santo EPE. **helder@ordemenfermeiros.pt**
2. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. **mfm@uevora.pt**

casas, presente tanto na vida profana como no ritual religioso. Desse modo, consumir álcool pode parecer normal para o adolescente, sem muita censura ou orientação por parte dos pais.

Geralmente, o adolescente percebe que quando consome álcool "teoricamente as coisas ficam mais fáceis", contudo, não percebe que, inadvertidamente, pode transformar o consumo de álcool como parte da busca do seu sentido de vida e do seu lugar no mundo, ou seja, tornar o consumo de álcool como ingrediente indispensável na vivência das suas crises.

Este comportamento de iniciação ao consumo de drogas é um comportamento que pode pôr em causa a saúde mental do adolescente, comprometendo a adopção de estratégias saudáveis para lidar com a ansiedade, angústia, fragilização do processo pelo qual está a passar e a canalização destes sentimentos para algo construtivo e criativo, que lhe iriam permitir um crescimento saudável. Deste modo, a perturbação da saúde mental está sempre subjacente ao abuso de substâncias.

Segundo Fernandes (1998), a saúde mental é não só a ausência de doença, mas o bem-estar afectivo, a ordem do pensar, a adequação a si próprio e ao ambiente, etc. Considera aquele balanço entre os impulsos, entre os afectos, por exemplo a agressividade e ansiedade. Para avaliar a saúde, o «normal», não há medida possível, na sua difícil medida, ou seja, o estado de equilíbrio mental do indivíduo varia de pessoa para pessoa. Por outras palavras, a saúde mental é um equilíbrio dinâmico, entre aspectos negativos (que poderão levar ao distress psicológico, manifestado por ansiedade, depressão ou perda de controle emocional/comportamental) e aspectos positivos (bem-estar psicológico, manifestado pela afectividade e laços emocionais presentes).

Molin e Arnaiz (1998), citado por Cabral (2005, p.184), referem que chegar a um conceito válido de saúde mental, seja qual for o contexto sociocultural onde ele se aplica não é tarefa fácil. Assim, para estes autores saúde mental é "*um estado que permite o desenvolvimento óptimo, físico, intelectual e afectivo do sujeito, na medida em que não perturba o desenvolvimento dos seus semelhantes*", isto é, saúde mental não é apenas a ausência de perturbações mentais ou de alterações do comportamento, mas também a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio.

A saúde mental é essencial para a nossa capacidade de captar, compreender e interpretar o que nos rodeia. Os problemas de saúde mental estão muitas vezes ligados, entre outros factores, ao desemprego, marginalização e exclusão social, abuso de drogas e álcool.

O abuso de substâncias químicas é o problema de saúde mental mais prevalente entre os adolescentes, sendo o álcool a substância mais consumida (Simões et al, 2006, p.148,149). Estes dados tornam-se mais alarmantes à medida que consideramos o forte impacto negativo do uso regular de álcool na adolescência. Borges (1993), citado por Cabral (2005, p.183), refere que é preocupante o impacto do consumo de álcool no desenvolvimento cognitivo e psicossocial dos adolescentes contribuindo acentuadamente para as perturbações psiquiátricas e comprometimentos a nível da saúde mental, isto é, verifica-se que o consumo de álcool causa modificações neuroquímicas, que vão afectar a aprendizagem, a memória e até o controlo dos impulsos.

Segundo Watson (2007) o álcool afecta a química do cérebro, alterando os níveis de neurotransmissores. Os neurotransmissores são excitatórios, o que significa que estimulam a actividade eléctrica do cérebro, ou inbitórios, quando a reduzem. O álcool aumenta os efeitos do neurotransmissor inibitório GABA (ácido gama-aminobutírico) no cérebro. O GABA causa os movimentos lentos e a fala enrolada que frequentemente se observam nos indivíduos alcoolizados. Ao mesmo tempo, o álcool inibe o neurotransmissor excitatório glutamato, suprimindo os efeitos estimulantes e levando a um tipo de retardamento

fisiológico. Além de aumentar o GABA e reduzir o glutamato no cérebro, o álcool aumenta a quantidade de dopamina no sistema nervoso central, que cria as sensações de prazer.

É de sublinhar que a maioria dos estudos realizados no âmbito da adolescência, na área dos consumos, referem que o álcool é a substância mais utilizada pelos adolescentes.

Estudos mais recentes começam a definir o padrão das bebedeiras entre os adolescentes: o estudo sobre o consumo de Álcool, Tabaco e Drogas do Programa Estudos em Meio Escolar, do IDT-Instituto da Droga e Toxicodependência (Feijão e Lavado, 2003), revelou que 47% dos alunos de 13 anos das escolas públicas e 94% dos alunos com 18 anos já tinham experimentado consumir álcool. Mas mais grave foi constatar que, nos 30 dias anteriores ao inquérito, 31% dos rapazes e 29% das raparigas de 13 anos e 77% dos rapazes e 63% das raparigas de 18 anos tinham ingerido álcool em excesso.

Para uma mente em desenvolvimento, tipicamente sugestionável e plástica como a de um adolescente, o paradoxo de posição da sociedade e a falta de firmeza no cumprimento de leis são um caldo de cultura ideal para a experimentação de drogas, contribuindo para a precocidade da exposição de jovens ao consumo abusivo.

METODOLOGIA

Sendo o nosso trabalho de investigação centrado na avaliação dos consumos de álcool e o nível de saúde mental dos adolescentes no Distrito de Évora, optámos por utilizar uma metodologia quantitativa.

método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Baseia-se na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, esta abordagem reflecte um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter um menor enviesamento possível. Neste tipo de método, o investigador, adopta uma processo ordenado, que o faz percorrer um conjunto de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados. Objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem (Fortin, 1999, p.22).

A população é, segundo Novais (1999, p.44), todo o agrupado de casos que atendem a um conjunto de características comuns, "*as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo*" (Fortin 1999, p. 41). A população escolhida para a realização deste trabalho é os adolescentes do Distrito de Évora de ambos os sexos, entre os 13 e os 25 anos de idade.

"*A amostra caracteriza-se por ser um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população, que são convidados a participar no estudo*" (Fortin 1999, p. 41), sendo a amostra deste estudo constituída por uma ou duas turmas de 9.º ano e uma ou duas turmas de 12.º ano, de cada concelho do distrito de Évora, sendo eles o concelho de Montemor-o-Novo, Redondo, Vendas Novas, Portel, Mora, Évora, Borba, Alandroal, Viana do Alentejo, Mourão, Arraiolos e Vila Viçosa. Houve duas escolas que não participaram no estudo, a escola de Estremoz porque apenas mostrou disponibilidade para participar já fora do espaço temporal estabelecido e a escola de Reguengos que alegou questões legais para a sua não participação.

Os adolescentes da amostra estudam sob regime diurno e em ensino regular.

Posto isto, as turmas de cada concelho foram escolhidas de forma aleatória pelo Concelho Directivo da respectiva escola.

O questionário é constituído por questões de caracterização geral, de avaliação dos consumos de álcool e drogas, de saúde mental, de auto-conceito, de auto-estima, de

conhecimentos sobre o álcool e de habilidades sociais.

O número de questionários por concelho, ou seja, a soma do 9.º ano e do 12.º ano, perfez um mínimo de 30 questionários. Nos concelhos onde não existem turmas de 12.º ano foram inquiridas duas turmas de 9.º ano de modo a perfazer um mínimo de 30 questionários. Por outro lado, nos concelhos onde os alunos do 9.º ano e do 12.º ano não foram suficientes para perfazer o número mínimo de questionários, foram inquiridos os que haviam. Tendo em conta, a grande diferença no número de alunos, no concelho de Évora foram inquiridas duas turmas de 9.º ano e duas turmas de 12.º ano.

Depois de obtida a devida autorização por parte dos Concelhos Directivos das várias escolas, deu-se início à recolha dos dados. Esta foi feita, durante o 1.º período do ano lectivo 2007/2008, no horário das aulas, de forma colectiva, nas turmas dos professores que se disponibilizaram a colaborar neste estudo. Depois de uma breve explicação aos alunos, onde se pretendeu esclarecer a questão da investigação, o objectivo do estudo, foi pedida a sua colaboração e garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. Após a recolha dos dados, os questionários foram numerados aleatoriamente, perfazendo um número total de 590.

Amostra

A amostra é constituída por 590 jovens, do 9.º e 12.º Ano, de 12 dos 14 concelhos do Distrito de Évora, com idades compreendidas entre os 13 e os 25 anos, sendo a média de idades de 15,54 anos. Quanto ao sexo 44,7 % são rapazes e 55,3 % são raparigas. Quanto aos anos escolares que frequentam, a maioria são do 9.º ano, 62,9 % contra 37,1 % do 12.º ano. Em relação a reprovações, cerca de 29 % referiram ter reprovado pela menos uma vez. Dos jovens inquiridos, 38,6 % desloca-se da sua localidade de residência para frequentar a escola e a maioria vive com pelo menos um dos progenitores. No quadro 1 apresenta-se a distribuição pelos concelhos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Consumos de álcool

Para avaliarmos os consumos de álcool adoptou-se, além de questões gerais para avaliar prevalência e frequência dos consumos, o questionário AAIS de Mayer e Filstead (1979), adaptado por Fonte e Alves (1998) avalia aspectos quantitativos relacionados com o uso de álcool e consequências psicossociais em três áreas: funcionamento psicológico, relações sociais e vida familiar. Inclui 14 itens, em que a resposta em cada um é pontuada 0 a 6, dependente do número de respostas admitidas. A nota total resulta da soma dos valores dos itens que compõem a escala acima referida. A pontuação é categorizada em 5 níveis, consoante os valores obtidos, isto é, 0 pontos classifica-se como abstinente, de 1 a 19 pontos é um bebedor regular, de 20 a 41 pontos é um bebedor habitual sem manifestação de problemas, de 42 a 57 pontos é um bebedor habitual com problemas e de 58 a 74 pontos manifesta dependência alcoólica.

Quadro 1. Escala AAIS – Categorização do grau de envolvimento com o álcool

	Frequência	%
Bebedor irregular	74	12,7
Bebedor habitual sem manifestação de problemas	435	74,5
Bebedor habitual com problemas	74	12,7
Alcoholic Like	1	0.2

Quadro 2. Que bebidas ingere?

Bebidas	%	
	Total	Válidos
Vinho	17,8	19,2
Cerveja	54,1	58,2
Coktails diversos	31,2	33,6
Shots	22,4	24,1
Bagaço	12,5	13,5
Brandy, rum ou whisky	25,3	27,2
Licores diversos	23,2	25,0

Foi possível identificar nestes resultados preliminares que 74,5 % dos jovens inquiridos, apesar de não apresentarem problemas, são manifestamente bebedores habituais, o que por si só parece-nos ser um problema.

Destaca-se também que 39,3% dos jovens refere que habitualmente começa a beber para acompanhar os amigos e 54,6 % porque gosta do paladar.

Quanto ao tipo de bebidas 54,5% refere consumir, habitualmente, cerveja, 31,2% Coktails diversos e 22,4% Shots.

Quanto ao inicio dos consumos, 38,8% admitiu ter iniciados os consumos entre os 14 e os 15 anos, 32% entre os 10 e os 14 anos e 3,2% antes dos 10 anos. Apesar deste primeiro consumo ter sido na maioria das vezes, 67,1%, na presença de amigos, 26,6% referiram ter começado a ingerir bebidas alcoólicas na presença dos pais ou parentes. A maioria dos jovens bebe á noite (76,9%), com amigos (79,7%), em festas (29,7%), bares ou discotecas (44,2%), para quebrar a rotina (32,9%) ou para estar no grupo (23,2%) e entende que os consumos não interferem no seu dia-a-dia (64,6%).

A grande maioria dos jovens refere que o acesso ás bebidas alcoólicas é fácil.

CONHECIMENTOS SOBRE A PROBLEMÁTICA DO ALCOOLISMO

Para avaliar os conhecimentos que os jovens têm sobre a problemática do alcoolismo foi construído um questionário com 40 questões, das quais 20 são dedicadas ao conhecimento cientifico do tema e 20 são dedicadas a mitos e/ou falsos conceitos habitualmente identificados na literatura. Concluímos que, se englobarmos os resultados numa escala de 0 a 20 valores, a nossa amostra apresenta uma nota final de 10,78 na escala global dos conhecimentos, 12,84 na subescala específica dos conhecimentos e tem negativa, ou seja, 8,69 na subescala dos mitos/falsos conceitos.

Apesar disso, apenas 45,9% dos inquiridos reconheceu necessitar de mais informação sobre o assunto.

Quadro 3. Níveis de conhecimentos sobre a problemática do alcoolismo

	Subescala Conhecimentos	Subescala Mitos falsos conceitos	Níveis gerais de conhecimentos
Válidos	586	588	584
Não válidos	4	2	6
Média	12,84	8,69	21,56 (10,78, em escala 0-20)
Mediana	14,00	9,00	23,00
Moda	16	10	23
Desvio padrão	4,703	3,755	7,580
Mínimo Identificado	0	0	0
Máximo Identificado	20	19	37
Mínimo da escala	0	0	0
Máximo da escala	20	20	40
Valor central da escala	10	10	20

Quadro 4. Questionário de conhecimentos: Percentagem de respostas correctas

AFIRMAÇÃO		%
CONHECIMENTOS	1. As bebidas alcoólicas de grande graduação, como o whisky, são prejudiciais para a saúde, mas a cerveja, por exemplo, não o é.	59,3
	2. Há poucos acidentes de viação relacionados com o consumo excessivo de álcool.	83,1
	3. O consumo continuado de bebidas alcoólicas pode fazer com que o organismo chegue a depender fisicamente do álcool.	69,7
	4 Misturar bebidas alcoólicas e comprimidos para dormir (por exemplo os barbitúricos) pode ser mortal.	66,8
	5. O alcoólico é aquele cujo álcool lhe faz mal fisicamente.	48,7
	6. O consumo continuado de bebidas alcoólicas pode provocar alterações mentais muito graves porque destrói os neurónios do cérebro.	75,6
	7. Tomar bebidas alcoólicas de forma regular diminui a capacidade para estudar.	66,4
	8. A cirrose e cancro do fígado são doenças muito relacionadas com o consumo excessivo de álcool.	72,2
	9. As pessoas que aguentam muito álcool sem se embebedarem têm menos possibilidades que as outras de chegarem a ser alcoólicas.	41,9
	10. O alcoolismo é uma doença.	73,7
	11. O álcool provoca dependência física, tal como a heroína.	67,6
	12. O consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez pode provocar atraso mental e problemas físicos no recém-nascido.	79,0
	13. O álcool tem efeitos tóxicos no nosso organismo.	68,1
	14. O álcool é uma droga, como a heroína e a cocaína.	43,9
	15. Um consumo diário de 4 ou 5 cervejas (imperial) poder-se-á considerar prejudicial para um homem saudável de estatura física normal.	54,4
	16. As bebidas como o conhaque ou o whisky contém 4 ou 5 vezes mais quantidade de álcool que a cerveja ou o vinho.	61,5
	17. Em Portugal existem mais alcoólicos que toxicodependentes.	31,2
	18. O consumo de bebidas alcoólicas influencia o número de acidentes de viação.	85,6
	19. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas conduz ao aumento da criminalidade	65,6
	20. A origem de vários problemas familiares está no consumo excessivo de álcool.	68,8

MITOS	22. O alcoolismo é um vício.	7,3
	23. Um copo de licor ajuda a curar a constipação ou a gripe.	35,8
	24. As bebidas alcoólicas são tão boas para matar a sede como aquelas que não contém álcool.	67,1
	25. Beber álcool melhora a memória.	84,2
	26. O álcool contido nas bebidas alcoólicas de baixa qualidade (como o vinho barato) prejudica mais o organismo que o álcool das bebidas de marca.	36,8
	27. A bebedeira desaparece bebendo café.	51,9
	28. O álcool tem algumas propriedades nutritivas para o organismo.	52,0
	29. Um copo de uma bebida alcoólica como o licor antes das refeições estimula o apetite.	30,0
	30. Beber um pouco de álcool é bom para combater o frio.	34,6
	31. Um alcoólico é um bêbado.	25,3
	32. Os efeitos do álcool desaparecem depois de vomitar.	53,1
	33. O álcool misturado com um refresco (como o vinho com gasosa) afecta menos o organismo que a bebida pura.	19,8
	34. Um alcoólico é uma pessoa que se embebeda com muita frequência.	9,7
	35. Após beber álcool, os reflexos são mais rápidos.	66,3
	36. O hábito de consumir álcool pode facilitar o consumo de tabaco, cocaína, ou outras drogas.	24,4
	37. Um alcoólico pode deixar facilmente de beber álcool, apenas com a força de vontade.	40,8
	38. Os efeitos do álcool são mais intensos se for consumido com o estômago vazio.	77,6
	39. Beber um pouco mais de álcool aos fins-de-semana não apresenta perigo de alcoolismo, desde que não se beba durante a semana.	29,3
	40. Os efeitos do álcool desaparecem após tomar um banho de água fria.	49,3
	41. Beber álcool ajuda a arranjar amigos.	73,6

CONSUMOS DE DROGAS

Relativamente ao consumo de drogas, as percentagens assumem valores mais diminutos que o consumo de álcool.

Cerca de 15,5% dos inquiridos afirmou consumir algum tipo de droga, não existindo diferenças significativas entre os sujeitos do género feminino e género masculino.

O inicio dos consumos revela-se precoce, sendo que 60% dos sujeitos fizeram o primeiro consumo entre os 13-15 anos, 24% entre os 10-12 anos, 15% entre os 16-18 anos e somente 1% depois dos 18 anos.

É interessante verificar que a maioria dos sujeitos é selectiva no período que utiliza para os consumos, o que pode indiciar um consumo de alguma forma controlado. Na verdade, 50% dos sujeitos consome aos fins-de-semana, 27% nas férias, 12% diariamente e 11% durante a semana.

Também o acto de consumir se revela como um acto social, na medida em que 88% dos sujeitos consome com amigos, 4% com colegas, igual valor de 3% com familiares e com namorados/as e somente 2% sozinho.

A maioria dos sujeitos está consciente de que o consumo de substâncias acarreta riscos para a saúde, uma vez que 69% considera que existe muito risco e 22% risco. No entanto ainda verificamos que 6% considera que existe pouco ou nenhum risco, enquanto 3% dizem não saber.

Se verificamos algum grau de consciência face aos riscos do consumo de substâncias, o mesmo não se verifica quando falamos sobre o abandono dos consumos, na medida em que 58% dos sujeitos considera que deixar as drogas é muito fácil e 23% fácil. 15% refere não saber e somente 3% considera difícil e 1% muito difícil o abandono dos consumos, o que representa um parco valor de 4%.

SAÚDE MENTAL

Quadro 1. Níveis de Saúde Mental

	Sub-escala ansiedade	Sub-escala depressão	Sub-escala Perda de controlo emocional/ Comportamental	Sub-escala Afecto positivo	Sub-escala Laços emocionais	Sub-escala Distress psicológico	Sub-escala Bem estar psicológico	Escala Saúde Mental
Válidos	512	513	510	511	512	509	510	506
Não válidos	78	77	80	79	78	81	80	84
Média	44,13	22,76	40,85	43,80	12,31	107,70	56,10	163,77
Mediana	45,00	23,00	42,00	43,00	12,00	111,00	55,00	166,00
Moda	48	24	45	42.ª	10	117	55	169.ª
Desvio padrão	7,825	4,132	7,509	9,312	3,262	18,279	11,391	27,341
Mínimo Identificado	13	5	13	11	3	34	14	48
Máximo Identificado	60	29	53	66	18	142	84	221
Mínimo da escala	10	5	9	11	3	24	14	38
Máximo da escala	60	29	53	66	18	142	84	226
Valor central da escala	35	17	31	38,5	10,5	83	49	132

Para avaliar a saúde mental adoptou-se o Mental Health Inventory (MHI), traduzido e validado para Portugal por Ribeiro (Sd.) O MHI começou a ser desenvolvido em 1975 como uma medida destinada a avaliar a saúde mental na população em geral, e não somente nas pessoas com doença mental. Foca os sintomas psicológicos de humor, ansiedade e perda sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos. Deste modo, o MHI, é um questionário de auto-resposta, que inclui 38 itens distribuídos por 5 sub-escalas (a ansiedade com 10 itens, depressão com 5 itens, perda de controlo emocional/comportamental com 9 itens, afecto positivo com 11 itens, laços emocionais com 3 itens) e, por sua vez, estas sub-escalas agrupam-se em duas grandes dimensões que medem respectivamente a dimensão positiva da saúde mental (bem-estar psicológico), bem como a dimensão negativa (distress psicológico). O distress psicológico resulta do agrupamento das sub-escalas de ansiedade, depressão e perda de controlo emocional/comportamental, enquanto que o bem-estar psicológico resulta do agrupamento das sub-escalas afecto geral positivo e laços emocionais. Valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental.

A nossa amostra apresentou valores positivos em todas as sub-escalas, apesar de em alguns casos se encontrar resultados perto do valor central da escala.

CONCLUSÕES

As vicissitudes da puberdade determinam, só por si, um tipo especial de vivência da relação com o corpo: a procura de novas sensações, o despertar da sexualidade, o desejo de experimentar e conhecer suscitam frequentemente sentimentos de angústia, o que explica que muitos adolescentes se aventurem em comportamento de risco de várias ordens.

Para Negrão (2007), a adolescência é um período extraordinário de risco, o beber desenfreadamente, sem regras e sem medir consequências, faz parte desta etapa da vida, onde o sentimento de pertença ao grupo se faz paradoxalmente pela integração e pela diferenciação. A capacidade de suportar maiores quantidades de álcool é normalmente aplaudida pelos companheiros, daí haver estes valores elevados no nível de envolvimento com o álcool.

Podemos concluir nesta fase de análise preliminar dos dados, que 74,5 % dos jovens inquiridos, apesar de não apresentarem problemas, são manifestamente bebedores habituais, o que por si só parece-nos ser um problema e que a maioria apresenta défices ao nível dos conhecimentos da problemática do alcoolismo, não reconhecendo a necessidade de mais informação, o que pode ser um campo interessante e em aberto para a área da educação para a saúde.

Cerca de 15,5% dos inquiridos afirmou consumir algum tipo de droga e o inicio dos consumos revela-se precoce, sendo que 60% dos sujeitos fizeram o primeiro consumo entre os 13-15 anos, 24% entre os 10-12 anos, 15% entre os 16-18 anos e somente 1% depois dos 18 anos.

Quanto aos níveis de saúde mental a nossa amostra apresentou valores positivos em todas as subescalas, apesar de em alguns casos se encontrar resultados perto do valor central da escala.

Todos estes resultados aguardam mais desenvolvimentos com o aprofundamento da análise dos dados recolhidos, que esperamos fazer em breve.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CABRAL, Lidia do Rosário (2005). *Alcoolismo juvenil*. Viseu: IPV. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/14.pdf.

FEIJÃO, Fernanda & LAVADO, Elsa (2003). *Os adolescentes e o álcool: Estudo Sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga*. Instituo da Droga e da Toxicodependência, Portugal. Disponível em: <http://www.idt.pt/media/relatorios/investigacao/ECATD/ecatd_Alcool.pdf>.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Edições Lusociência,

NEGRÃO, Fernando (2008). *Conhecer para prevenir: Aspectos ligados ao consumo de álcool*. Médicos de Portugal, Abril, 2007; Disponível em: <http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/2/cnt_id/756/.m>

NOVAIS, Graciete Fonseca (1998). Relatório de análise de um artigo científico. *Enfermagem em Foco*, Lisboa: SEP.

RIBEIRO, Pais (Sd.). Mental health inventory: um estudo de adaptação. In: www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro

SIMÕES, C.; MATOS, M.; FOGUET, J. (2006); Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo; in: *Psicologia, Saúde & Doenças*; volume 7; n.º 2; p. 147-164.

WATSON, Stephanie. Como funciona o alcoolismo. How StuffWorks, Abril, 2007. Disponível em: <http://saude.hsw.com.br/alcoolismo4.htm>.

EXPRESSÃO FACIAL: O RECONHECIMENTO DAS EMOÇÕES BÁSICAS EM DEPENDENTES DE HEROÍNA. ESTUDO EMPÍRICO COM PORTUGUESES

Freitas-Magalhães[1] & Erico Castro[1]

Resumo

Este artigo dá conta de uma investigação sobre o efeito da heroína na identificação e reconhecimento das emoções básicas (alegria, tristeza, cólera, surpresa, aversão, medo e desprezo). A amostra envolveu 60 participantes portugueses (25 mulheres, M= 29,5, DP= 4.4; 35 homens, M= 26.5, DP= 3.6) diagnosticados com Perturbações Induzidas por Opiáceos (American Psychiatric Association, 2000). Confirmou-se que os dependentes de heroína apresentam dificuldades na identificação e caracterização das emoções básicas universais, com excepção da tristeza e da cólera, com valorada incidência até às 72 horas, a qual foi decrescendo com o decorrer do tempo da abstinência. Os resultados confirmam, ainda, que as mulheres são mais espontâneas na identificação e caracterização das emoções básicas do que os homens. Os homens não são tão espontâneos e consistentes naquela identificação, manifestando erros recidivos de percepção emocional.

Palavras-chave

Expressão facial; emoções básicas; percepção psicológica; heroína.

INTRODUÇÃO

Após o estudo sobre o efeito do sorriso na percepção psicológica de jovens, adultos e idosos (Freitas-Magalhães, 2003b), das diferenças de género na expressividade do sorriso em jovens universitários (Freitas-Magalhães e Neto, 2003), da cor da pele (Freitas-Magalhães, 2006a), dos gémeos (Freitas-Magalhães, 2005a), dos delinquentes (Freitas-Magalhães, 2006b), do efeito do sorriso no tratamento da depressão (Freitas-Magalhães e Castro, 2006) do efeito da cocaína (Freitas-Magalhães e Castro, 2007), este estudo visa verificar o efeito da heroína na identificação e reconhecimento das emoções básicas (Ekman, 1993). A heroína faz parte das substâncias opiáceas (depressoras do SNC), nos termos da classificação avançada por O´Brian, Woody e Mclellan (1984). As drogas são frequentemente caracterizadas como euforizantes, fantásticas, inebriantes, hipnóticas, excitantes, alucinogéneas, estimulantes, frias, quentes, pesadas, duras e leves. A heroína – do grupo dos opiáceos - é frequentemente utilizada pelos seus efeitos rápido, intenso e estimulante (American Psychiatric Association et al, 1995), e consumida por vias intravenosa (8 segundos) e intramuscular (8 minutos), inalação e fumada (até 15 minutos), com influência nos mecanismos de auto-estima e desvalorização, causando dependência, sendo considerada, na literatura, como um poderoso estimulante que afecta os mecanismos cerebrais com consequências ao nível da assertividade cognitiva (Schmidt e Taylor, 1988).

Para Patrício (1991), a identificação e compreensão das dimensões da heroína aos níveis clínico e social permitirão estabelecer um quadro de referência à abordagem da problemática no contexto da saúde humana, i.é., sabendo-se qual o efeito da heroína na percepção psicológica das emoções, abre-se caminho para o esclarecimento de

1. Laboratório de Expressão Facial da Emoção (FEELab), Faculdade de Ciências da Saúde (FCS-UFP), Universidade Fernando Pessoa, Rua Carlos da Maia, 296, 4200-150, Porto, Portugal. Website: http://feelab.ufp.pt. **feelab@ufp.pt**

estratégicas sobre a identificação, o reconhecimento, a regulação e uso em contextos clínico (coping e fallow-up) e social (interacção com familiares, amigos e profissionais). Por seu turno, a verificação da influência da heroína na produção e reconhecimento das emoções e do afecto (Ekman, 2004; Diener, Smith e Fujita, 1995) permitirá compreender o processamento da informação nas estruturas mentais superiores.

No presente estudo, os estímulos são as sete emoções básicas (alegria, tristeza, cólera, surpresa, aversão, medo e desprezo) exibidas por dois modelos brancos (mulher *vs*. homem), para percepção psicológica por parte dos participantes.

Método

Material: Foram utilizadas 14 fotografias (7 emoções básicas de uma mulher e 7 emoções básicas de um homem, de cor branca, com idade compreendida entre os 18 e os 25 anos) extraídas da F-M Portuguese Face Database (F-MPF) (Freitas-Magalhães, 2003a). As características das emoções básicas foram descritas tendo em conta a teorética de Ekman (1992 e 2004) e Freitas-Magalhães (2007).

Participantes: Os participantes constituíram uma amostra não probabilística ou intencional do tipo homogénea com 60 portugueses (25 mulheres e 35 homens) diagnosticados com Perturbações Induzidas por Opiáceos (American Psychiatry Association, 2000), dependentes coercivos, de idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos e em acompanhamento clínico há mais de um ano.

Medidas: A avaliação do reconhecimento emocional foi feita, desde 2004, e durante o período de abstinência (entre as 42 e as 72 horas após o consumo da última dose), em contexto clínico, através de registo de anotação individual de respostas certas e erradas.

Procedimento: Solicitou-se o juízo dos participantes após a observação directa e descritiva das 14 imagens (Freitas-Magalhães, 2003a) das emoções básicas, durante 30 segundos, e exibidas uma a uma (interpoladas por género e por esta sequência: alegria, tristeza, cólera, surpresa, aversão, medo e desprezo).

Resultados

Os dados obtidos foram submetidos a uma análise de variância univariada. Havia três variáveis: o tipo de emoção (alegria, tristeza, cólera, surpresa, aversão, medo e desprezo); o género do estímulo (mulher *vs*. homem), o género do respondente (mulher *vs*. homem).

O EFEITO DA HEROÍNA

As médias e F ratio para o efeito da heroína são apresentados no Quadro 1. Verifica-se efeito principal significativo na percepção psicológica das emoções básicas, com excepção da tristeza e da cólera.

O padrão da identificação e reconhecimento das emoções básicas, e que se manteve constante ao longo do registo de avaliação foi o seguinte: tristeza (M=5.3), cólera (M=4.9), alegria (M=3.6), surpresa (M=3.3), aversão (M=3.1), medo (2.8) e desprezo (1.6).

Os testes post hoc (Scheffé, $p<.05$) indicaram um aumento significativo na média da identificação e reconhecimento das emoções básicas (M=1.6 a M=5.3, respectivamente) à medida que aumentou o estado de abstinência e estabelecendo clara diferenciação e distinção das variáveis tristeza e cólera das restantes.

Quadro 1. Médias e F ratio da identificação e reconhecimento das emoções básicas

Alegria N=60	Tristeza N=60	Cólera N=60	Surpresa N=60	Aversão N=60	Medo N=60	Desprezo N=60	F	p
3.6	5.3	4.9	3.3	3.1	2.8	1.6	67.4	.001

O GÉNERO DO ESTÍMULO (MULHER *VS.* HOMEM)

As médias e F ratio para o efeito da heroína na identificação e reconhecimento das emoções básicas em função do género do estímulo são apresentados no Quadro 2. Os resultados obtidos com recurso ao F teste para duas médias apontam no sentido de se verificar a existência de efeito principal na identificação e reconhecimento em função do género do respondente Os dados descritivos dos factores e dos construtos psicológicos utilizados na percepção psicológica das emoções básicas em função do género do estímulo permitem perceber que se verificam diferenças estatisticamente significativas ($F(1, 58)=68.7$, $p<.001$). Da análise resulta que as emoções exibidas pelo género estímulo mulher são percepcionadas mais assertivamente do que o género estímulo homem. A graduação média do género estímulo mulher foi de 5.1 e a do género estímulo homem foi de 4.3.

Quadro 2. Médias e F ratio da identificação e reconhecimento das emoções básicas em função do género do estímulo

Mulher N=25	Homem N=35	F	P
5.1	4.3	68.7	.001

O GÉNERO DO RESPONDENTE (MULHER *VS.* HOMEM)

As médias e F ratio para o efeito da heroína na identificação e reconhecimento das emoções básicas em função do género do respondente são apresentados no Quadro 3.

Os resultados obtidos com recurso ao F teste para duas médias apontam no sentido de se verificar a existência de efeito principal na identificação e reconhecimento em função do género do respondente Os dados descritivos dos factores e dos construtos psicológicos utilizados na percepção psicológica das emoções básicas em função do género do respondente permitem perceber que se verificam diferenças estatisticamente significativas ($F(1, 58)=67.1$, $p<.001$). Da análise resulta que as emoções exibidas são percepcionadas mais assertivamente pelo respondente mulher. A graduação média do género respondente mulher foi de 5.2 e a do género respondente homem foi de 4.4.

Quadro 3 . Médias e F ratio da identificação e reconhecimento das emoções básicas em função do género do respondente

Mulher N=25	Homem N=35	F	P
5.2	4.4	67.1	.001

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os resultados confirmam o efeito de heroína na percepção psicológica das emoções. Os participantes dependentes de heroína, ao percepcionar as expressões exibidas por mulheres e homens, manifestaram dificuldade notória na identificação e caracterização das emoções básicas, com excepção da tristeza e da cólera, com valorada incidência nos

últimos dois dias, a qual foi decrescendo com o decorrer do tempo da abstinência, sendo que o género homem demonstrou mais dificuldades. Os resultados confirmam, ainda, que as mulheres são mais espontâneas na identificação e caracterização das emoções básicas do que os homens. Os homens não são tão espontâneos e consistentes naquela identificação, manifestando erros recidivos no reconhecimento emocional. Da análise resulta que as emoções exibidas pelo género estímulo mulher são percepcionadas mais assertivamente do que o género estímulo homem por associação emocional e por pertença ao género. Por outro lado, as emoções exibidas são percepcionadas mais assertivamente pelo respondente mulher. Os resultados atestam os estudos anteriores (e.g. Ekman, 2004;Freitas-Magalhães, 2004, 2005b, 2006c e 2007b) que apontam no sentido de atribuir à mulher maior acuidade na identificação e reconhecimento das emoções e, por consequência, é menos intenso o efeito da heroína.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Work Group on Substance Use Disorders, *et al*. (1995). *Practice guideline for the treatment of patients with substance abuse disorders: alcohol, cocaine, opioids. Practice guideline for psychiatric evaluation of adults*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. London: APA.

Diener, E.; Smith, H. & Fujita, F. (1995).The personality structure of affect. *Journal of Personality & Social Psychology*, *69*, 130-141.

Ekman, P. (1993). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion, 6,* 169-200.

Ekman, P. (1993). Facial expression of emotion. *American Psychologist, 48,* 384-392.

Ekman, P. (2004). *Emotions revealed: understanding faces and feelings*. London: Phoenix.

Freitas-Magalhães, A. (2003a). *The F-M Portuguese Face Database* (F-MPF). Porto: Facial Emotion Expression Lab (FEELab).

Freitas-Magalhães, A.(2003b). *O efeito do sorriso na percepção psicológica da pessoa.* Tese de Doutoramento. Lisboa: IEPG-UA.

Freitas-Magalhães, A. (2004, Setembro). *Expressão facial: o efeito do sorriso na percepção psicológica da afectividade*. Comunicação apresentada na IX Conferência Internacional sobre Motivação, Cognição e Afecto. Lisboa, Portugal.

Freitas-Magalhães, A. (2005a, September). Smile expressiveness: a case study with Portuguese twins. Paper presented at *the XIth European Conference on Facial Expression*, University of Durham, Durham, UK.

Freitas-Magalhães, A. (2005b, Outubro). As emoções e a saúde mental. Comunicação apresentada nas *6.ºs Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Alentejo*, Portalegre, Portugal.

Freitas-Magalhães,A. (2006a). Expressividade do sorriso: diferenças de género e da cor da pele. *Psychologica*, *41*, 221-229.

Freitas-Magalhães,A. (2006b, June). *Facial expression: the effect of smile in psychological perception of delinquents*. Paper presented at the "Human Behavior and Evolution Society" Conference, University of Pensylvania, Philadelphia, USA.

Freitas-Magalhães, A. (2006c). *A Psicologia do sorriso humano. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.*

Freitas-Magalhães, A. (2007). *A Psicologia das emoções: o fascínio do rosto humano.* Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Freitas-Magalhães, A. (2007c). Expressão facial: o efeito do sorriso na percepção psicológica da afectividade. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, *4*, 276-284.

Freitas-Magalhães, A. (2007d, July). Facial expression: the influence of colors in the identification and recognition of basic emotions. Empirical study with Portuguese. Paper presented at the *Xth European Conference of Psychology*, Prague, Czech Republic.

Freitas-Magalhães, A. (2008a, March). Psychophysiology of cry: the effect of tears in the emotional experience. Empirical study with Portuguese. Paper presented at the *3rd International Congress on Women's Mental Health*, Melbourne, Australia.

Freitas-Magalhães, A. & Castro, E. (2006). Expressão facial: o efeito do sorriso no tratamento da depressão. Estudo empírico com portugueses. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, *3*, 28-37.

Freitas-Magalhães, A. & Castro, E. (2007a). Expressão facial: o reconhecimento das emoções básicas em dependentes de cocaína. Estudo empírico com portugueses. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, *4*, 314-319.

Freitas-Magalhães, A. & Castro, E. (2007b, July). Facial expression: the recognition of smile in women with menopause. Paper presented at the Xth European Conference of Psychology, Prague, Czech Republic.

Freitas-Magalhães, A. & Castro, E. (2008a, July). Facial expression: the effect and intensity of exhibition of the basic emotions. Empirical study with Portuguese. Paper presented at the *12th European Conference on Facial Expression*, University of Geneva, Geneva, Switzerland.

Freitas-Magalhães, A. & Castro, E. (2008b, Abril). Expressão facial: a retribuição do sorriso em interacção social. Estudo empírico com portugueses Comunicação apresentada no XV Congresso Internacional INFAD, Universidade de Évora, Évora, Portugal.

Freitas-Magalhães, A. & Neto, F. (2003). Diferenças de género na expressividade do sorriso em jovens universitários. *Psychologica*, *33*, 195-200.

O´Brian, C, Woody, G. & Mclellan, A. (1984). Psychiatric disorder in opioid dependent patients. *J. C. Psychiatry*, *45*, 9-13.

Patrício, L. (1991). *Face à droga: como (re)agir?*. Lisboa: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

Schmidt, C. & Taylor, V. (1988). *Direct central effects of acute methylenedioxymethamphetamine on serotonergic neurons. European Journal of Pharmacology, 156, 1: 121-131.*

FACTORES DE RISCO E FACTORES PROTECTORES RELACIONADOS COM O CONSUMO DE TABACO POR SEXOS

José Precioso[1], Catarina Samorinha[2], Carlos Albuquerque[3], Henedina Antunes[4], Jorge Bonito[5], Luís Rebelo[6] & Manuel Rosas[7]

Resumo

O objectivo principal deste estudo foi identificar e descrever factores de risco e factores protectores relacionados com as várias fases do consumo de tabaco, por sexos. Recorreu-se à técnica de grupos focais ou entrevistas de grupo, a fumadores e não fumadores, de ambos os sexos, que permitiu identificar vários factores de risco e factores protectores relacionados com o consumo, já referidos noutros estudos, designadamente: a curiosidade; o desconhecimento do risco; a imaturidade; ter familiares e amigos fumadores; a acessibilidade/disponibilidade da substância, o preço acessível e sair à noite. Foram encontradas algumas diferenças entre os sexos. São necessários mais estudos para aprofundar o conhecimento dos determinantes do consumo de tabaco, em função do sexo, para elaborar programas preventivos eficazes.

Palavras-chave

Tabagismo; factores de risco; prevenção.

INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco é um problema económico, de saúde, grave, muito difundido e em expansão (mas vulnerável, tal como se revelaram outros problemas de saúde no passado, e como atestam as reduções na prevalência, registada em países que fizeram esforços para controlar a epidemia, como é o caso dos Estados Unidos, da Finlândia e da Suécia). Segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2006, 20.8% dos portugueses e portuguesas, com 15 ou mais anos fumavam diariamente, sendo o hábito de fumar mais prevalente nos homens (30.6%) do que nas mulheres (11.6%). Constatava-se que a prevalência de fumadores era especialmente elevada nos grupos etários dos 25 aos 34 anos (39% dos homens e 17.6 nas mulheres) e dos 35 aos 44 anos (44.6% dos homens e 21.2% da mulheres). Os dados dos INS mostram que, no período de 1987 a 2006, se registou um ligeiro decréscimo (2.7%) da prevalência do consumo diário de tabaco nos homens, ao contrário do que se passou com as mulheres, onde se verificou um aumento da prevalência de fumadoras de 6.8%.

Os dados do Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) referentes ao consumo de tabaco aos 11, 13 e 15 anos, no período de 1998-2002, revelam que o problema do consumo de tabaco nos jovens escolarizados se tem vido a agravar, particularmente nas raparigas (Currie *et al*., 2000; 2004). Os dados permitem inferir que as intervenções preventivas não têm dado o resultado esperado. Para travar a progressão da epidemia tabágica, é necessário conhecer a sua etiologia, ou seja, compreender quando, onde e

1. Universidade do Minho. **precioso@iep.uminho.pt**
2. Universidade do Minho. **catarina_samorinha@yahoo.com**
3. Escola Superior de Saúde de Viseu. **cmalbuquerque@portugalmail.pt**
4. Hospital de S. Marcos. **henedina@clix.pt**
5. Universidade de Évora. **jbonito@uevora.pt**
6. Faculdade de Medicina de Lisboa. **lrebelo@sapo.pt**
7. Administração Regional de Saúde do Norte. **manuelalvesrosas@gmail.com**

porque é que as crianças e os adolescentes, em particular do sexo feminino, se tornam fumadores. Com base nas respostas a estas questões poderão desenhar-se intervenções mais eficazes, para prevenir o consumo.

Efectuaram-se estudos, designadamente em Portugal (Precioso, 2004) para tentar determinar os principais factores de risco e protectores relacionados com a progressão nos vários estágios da carreira de fumador. No entanto, estes são inconclusivos em relação a diferenças entre os sexos em vários factores.

OBJECTIVO

Identificar e descrever os factores de risco e os factores protectores relacionados com as várias fases do consumo de tabaco, por sexos; identificar possíveis variáveis a incluir num questionário para um estudo quantitativo acerca dos determinantes de consumo de tabaco, em crianças e adolescentes.

METODOLOGIA

Esta investigação é de carácter qualitativo, com recurso à técnica dos grupos focais ou entrevistas de grupo (Barbour & Kitzinger, 1999; Denzin & Lincoln, 1994; Morgan, 1998b) a fumadores e não fumadores, de ambos os sexos. Morgan (1997) define grupos focais como uma técnica de recolha de dados através das interacções grupais, onde se discute um tópico específico sugerido pelo investigador. Sendo um método directo de recolha de dados, os grupos focais constituem também um instrumento para explorar um determinado domínio, com o intuito de desenvolver instrumentos de pesquisa mais estruturados (Fowler, 1993; Morgan, 1997).

AMOSTRA

A amostra total é constituída por 28 alunos da Universidade do Minho, distribuídos por 4 grupos (Tabela 1): fumadores (N=6); fumadoras (N=7); não fumadores (N=8); não fumadoras (N=7) (Tabela1). Os critérios de inclusão da amostra consistiam em ser estudante universitário e ter uma idade compreendida entre os 18 e os 25 anos. Foram seleccionadas por conveniência turmas pertencentes a áreas distintas: Educação, Línguas, Economia, Direito, Psicologia, Engenharia Biomédica, Engenharia Biológica, Ciências da Comunicação, às quais foi feita uma abordagem directa, pelos investigadores, em contexto de sala de aula, tendo sido explicados os propósitos do estudo e pedida a colaboração voluntária. O recrutamento da amostra terminou quando se considerou que existia um número adequado de indivíduos para formar cada um dos grupos que, segundo Morgan (1998a), se deve situar entre 6 e 10 elementos.

Tabela 1. Descrição da amostra.

	Fumadores	Fumadoras	Não fumadores	Não fumadoras
N.º de participantes	6	7	7	8
Idade: M (DP)	23.50 (1.86)	23 (1.62)	21 (2.8)	21 (1.3)
Cursos				
Educação		X	X	
Psicologia	X	X	X	
Engenharias	X		X	X
Geologia	X			X
Medicina			X	X
Direito			X	
Relações Intern.		X		
Arquitectura	X			

VALIDAÇÃO E ESTRUTURA DOS GUIÕES

Foram elaborados dois guiões semi-estruturados de questões: um para os grupos dos fumadores/as e outro para os não fumadores/as. Pretendeu-se obter dados acerca dos factores de risco para a experimentação, consumo ocasional e regular de tabaco e percepção dos factores protectores do não consumo; nos/as não fumadores/as – factores protectores do consumo de tabaco; percepção dos factores de risco para a experimentação e consumo regular de tabaco; percepção dos factores associados ao maior consumo de tabaco nas mulheres (todos os grupos).

Tendo em conta os objectivos do estudo, foram elaboradas questões abertas – para os tópicos onde se pretendia explorar as percepções e opiniões dos participantes – e questões fechadas – de forma a obter dados mais concretos das suas experiências. Os guiões foram revistos e aprovados pela equipa de investigação bem como pelo consultor do projecto de investigação financiado pela FCT, em que este estudo se insere. Seguidamente, procedeu-se a uma validação destes, com a realização de entrevistas a uma fumadora e a uma não fumadora. O guião final incluía as seguintes questões para os grupos de fumadores/as: *Descrevam, por favor, o vosso percurso de não fumador até fumadores regulares (mais que um cigarro por dia); Quando e como se tornaram fumadores regulares/dependentes?; Actualmente, porque continuam a fumar?; Porque é que os vossos colegas que não fumam, não começaram a fumar?;* e, em relação aos grupos de não fumadores/as, as seguintes: *Porque é que não começaram a fumar?*; *Porque é que os vossos colegas começaram a fumar? Porque é que os fumadores/as continuam a fumar?* e uma questão dirigida a todos os grupos: *Existe um marcado aumento do consumo de tabaco nas mulheres. Podem dar uma explicação para esse facto?*

Foi também utilizada uma ficha de participação, com os dados demográficos dos participantes, e as sessões foram registadas na totalidade em gravação digital.

Procedimento

As sessões duraram, em média, 90 minutos e decorreram numa sala organizada para o efeito, de forma a permitir o contacto ocular entre si e com os investigadores. Os grupos foram coordenados por um moderador, assistido por um co-investigador. A estrutura foi a mesma para os quatro grupos: os participantes foram informados dos propósitos do estudo bem como dos procedimentos (consentimento informado). Seguidamente, foi enfatizada uma abordagem do tipo "think back", de acordo com Krueger (1998): é pedido aos participantes para que reflictam nas suas experiências pessoais e só depois respondam à questão, como forma focar no passado e evitar a tendência natural de evocar a experiência mais imediata do "aqui e agora". A partir desta tarefa, dava-se início à gravação, pela ordem de questões apresentada.

As gravações foram transcritas na totalidade e cada intervenção codificada de acordo com categorias pré-estabelecidas dos determinantes de consumo de tabaco nos adolescentes, fundamentadas na revisão bibliográfica acerca do tema – factores individuais, micro-sociais, macro-sociais e ambientais. Os dados foram, assim, alvo de uma análise de conteúdo (Bardin, 2007): foram organizados, primeiro, de acordo com a categorização pré-estabelecida e, depois, por sub-categorias pré-existentes, anotando-se a presença/ausência de cada sub-categoria, por grupo, e registando-se exemplos ilustrativos de cada uma. Foram acrescentadas novas sub-categorias que surgiram e retiradas as que não foram representadas no discurso dos participantes.

RESULTADOS

Neste artigo, são apresentados os resultados relativos aos factores de risco identificados pelos grupos de fumadores/as e aos factores protectores identificados pelos grupos de não fumadores/as.

1. GRUPOS FOCAIS DOS FUMADORES E DAS FUMADORAS

1.1 Factores de risco relacionados com a experimentação

Idade – constata-se que há diferenças de indivíduo para indivíduo, em relação à idade, local e "pessoas com quem estavam" quando experimentaram fumar pela primeira vez. No geral, nos rapazes, a experimentação ocorreu maioritariamente entre o 6.º e o 7.º anos de escolaridade, variando as idades entre os 11 e os 13 anos, sendo a média de 11.67 anos (DP= 0.82). Nas raparigas, a experimentação ocorreu em idades mais díspares, entre os 7 e os 17 anos, sendo a média de 13.29 anos (DP=3.15).

Local – o primeiro consumo, nos rapazes, aconteceu na escola (Ex.: *Foi no intervalo da escola, com o grupo de amigos mais chegados.*) ou em casa (Ex.: *Comecei a fumar sozinho, em casa, roubando uns cigarros ao meu pai, na noite anterior.*). Nas raparigas, ocorreu na escola, em casa ou em "sítios escondidos" (Ex.: *Antes de chegar à escola, escondi-me numa rua*; *Atrás de uma árvore*).

Pessoas presentes – tanto os rapazes como as raparigas experimentaram fumar no contexto do grupo de amigos ou sozinhos. Ex.: *Na viagem de finalistas* (rapaz); *Um dia arranjei um cigarro, tirei da mala de uma amiga da minha mãe e vim fumar para a parte de fora de minha casa* (rapariga).

Quadro 1. Experimentação nos rapazes e nas raparigas fumadores/as

Dados descritivos relacionados com a experimentação			
Categorias	Sub-categorias	Fumadores	Fumadoras
Idade		Média (Desvio-Padrão)	
		11.67 (0.82)	13.29 (3.15)
		Presença / Ausência	
Local	Casa		
	Escola		
	Outros ("sítios escondidos")		
Pessoas presentes	Grupo de amigos/as		
	Sozinho		

De um modo geral, tanto o grupo dos fumadores como o das fumadoras enunciaram factores de risco individuais, micro e macro sociais e ambientais relacionados com a experimentação de tabaco. Os factores individuais e os ambientais são os que apresentam um maior número de sub-categorias identificadas (Quadro 2).

1.1.1 Factores individuais

Rebeldia – ambos os grupos identificam a rebeldia como uma característica individual que predispõe ao consumo de tabaco: *Era criança e acho que "o que é proibido é o mais apetecido"* (fumador*); Eu tinha alguns grupos que não fumavam, mas identificava-me muito mais com aqueles que eram os rebeldes…!* (fumadora). Curiosidade – mencionado em ambos os grupos: *O factor relacionado com a primeira experiência acho que foi mesmo curiosidade, queria ver como era…* (fumador); (…) *para tentar saber qual era a experiência, qual era o gosto dos fumadores que fumavam todos os dias* (fumadora).

Noção errada do risco de fumar – factor identificado apenas no grupo dos fumadores: *No início, acho que ninguém sabe bem*; *(...) puramente pela brincadeira, nem sequer travar nem nada do gosto do cigarro, era só entrar o fumo para dentro e deitar fora.*

Norma subjectiva – a percepção de que fumar é um comportamento aprovado e desejado pelas pessoas significativas (neste caso, os amigos/as) foi referida pelas fumadoras: *(...) A minha turma toda lembrou-se de comprar um Lucky Strike e toda a gente ia experimentar fumar, para dizer "eu já fumei e tal…!". E eu fumei* (fumadora); *para se entrar no grupo, foi importante na altura (fumadora).*

Imaturidade – referida pelo grupo das fumadoras: *A primeira vez que fumei um cigarro, tinha perfeita noção dos perigos e do que é que isso significava, talvez não tivesse a maturidade para os ponderar devidamente, mas que os conhecia, conhecia*.

Ambos os grupos referem a rebeldia e a curiosidade como factores relacionados com a experimentação. A sub-categoria noção errada dos riscos surge apenas nos homens; a norma subjectiva e a imaturidade são referidas apenas pelas mulheres.

1.1.2 Factores micro-sociais

Familiares fumadores – os grupos referem que o facto de terem familiares fumadores potenciou o conhecimento da substância e forma de utilização, bem como o acesso a ela: *A minha mãe fumava Ritz na altura e eu roubava-lhe um maço de tabaco* (fumador); *O meu avô estava a fumar, estava distraído, eu peguei...* (fumador); *Eu e os meus irmãos achávamos engraçado o meu pai fumar* (fumadora); (…) *foi mais por ver a minha mãe a fumar, que a minha mãe travava o fumo* (fumadora).

Pares fumadores – ambos os grupos identificam o facto de ter amigos fumadores como um factor com muito peso no início do consumo: *Ofereciam: "queres um cigarro?"* (fumador); *Tinha bastantes colegas que fumavam no café* (fumadora); *Duas colegas minhas fumavam já e eu disse que queria experimentar.* (fumadora).

Pouca vigilância parental – referido no grupo dos homens: *...eu ficava em casa e passava muito tempo sozinho.*

Ambos os grupos referem o facto de ter familiares fumadores e um grupo de pares de fumadores, com os quais convivem diariamente, como uma influência na sua primeira experiência com tabaco, sendo a pouca vigilância parental referida apenas no grupo dos homens.

1.1.3 Factores macro-sociais

Norma social – fumadores e fumadoras consideram que o facto de percepcionarem que fumar era um comportamento comum, aceite e socialmente desejável/vantajoso os levou a experimentar fumar: *Gostei de estar o grupo de amigos, crianças, ali como se fossemos adultos a falar e a fumar um cigarro, disso gostei.* (fumador); "*Quem fuma é porreiro!"* (fumadora); *Era mesmo pela imagem (...)* (fumadora); *Dava um aspecto mais resistente, mais forte se uma pessoa fumasse…* (fumador).

Modelagem social – no grupo das mulheres, foi referida a vontade de imitar os modelos sociais*: Ver muita gente a fumar, a minha mãe, gente mais velha na escola, em filmes, na rua, senti curiosidade em experimentar e queria saber como é que era.*

Ambos os grupos referem a pressão da norma social para fumarem, sendo que apenas as mulheres se referem concretamente à modelagem social.

1.1.4 Factores ambientais

Acessibilidade/disponibilidade da substância e preço acessível – ambos os grupos referem a grande disponibilidade e fácil acesso ao tabaco: *Na altura comprei um cigarro avulso, comprávamos num quiosque lá em frente, ao pé da secundária a 20$ cada.* (fumador); *O primeiro cigarro fui eu que pedi e os outros ia cravando.* (fumador); *Íamos ao quiosque da esquina comprar o tabaco avulso* (fumadora); *Deram-me um cigarro na*

brincadeira, porque já tinha colegas que fumavam (fumadora).

Restrições na escola – ambos os grupos referem maioritariamente ausência de restrições neste local: *...na minha [escola] podia-se fumar, no intervalo, a qualquer altura*. (fumador); *Até ao 9.º era proibido, no secundário, não havia qualquer problema* (fumadora).

Mudança de ambientes – *Eu saí de uma escola em que não podia fumar para outra com pessoal mais velho, 12.º e repetentes, e estávamos em contacto com o fumo diariamente.* (fumador); *Numa altura em que realmente tudo mudou na minha vida (muda o grupo de amigos, a forma como nos relacionamos) e eu queria afirmar-me como mais alternativa*. (fumadora).

Sair à noite – apenas referido no grupo dos homens: *Um dos principais iniciadores do tabaco é a noite, não há hipótese. Quando uma pessoa começa a sair à noite, conviver em ambientes com mais fumo, com bebida, com grupos de amigos…*

Percepção da punição parental – mencionada pelos fumadores, não constituiu um factor impeditivo do início do consumo: *Lembro-me que os dois primeiros maços que comprei deitei-os fora a meio, porque tinha medo de o ter comigo; era muito miúdo e tinha medo que a minha mãe e o meu pai descobrissem.*

Tanto os homens como as mulheres referem como factores relacionados com a experimentação a acessibilidade/disponibilidade da substância, o preço acessível, a ausência de restrições na escola e/ou a capacidade para as ultrapassar e a mudança de ambientes/influências sociais. A influência de "sair à noite" bem como a percepção da punição parental surgem apenas no discurso dos homens.

Quadro 2. Factores de risco relacionados com a experimentação nos grupos de rapazes e raparigas fumadores/as

Factores de risco relacionados com a experimentação			
Categorias	Sub-categorias	Presença / Ausência	
		Fumadores	Fumadoras
Factores individuais	Rebeldia		
	Curiosidade		
	Noção errada do risco de fumar		
	Norma subjectiva		
	Imaturidade		
Factores micro-sociais	Familiares fumadores		
	Pares fumadores		
	Pouca vigilância parental		
Factores macro-sociais	Norma social		
	Modelagem social (família, pares, media, sociedade)		
Factores ambientais	Acessibilidade/disponibilidade da substância		
	Preço acessível		
	Restrições na escola		
	Mudança de ambientes		
	Sair à noite		
	Percepção da punição parental		

1.2 FACTORES DE RISCO RELACIONADOS COM O CONSUMO OCASIONAL DE TABACO

Tanto o grupo dos homens como das mulheres identifica factores individuais, micro-sociais e ambientais na passagem da experimentação para o consumo ocasional de tabaco, não mencionando nenhum factor macro-social (Quadro 3).

1.2.1 Factores individuais

Falta de consciência da evolução – o aumento do consumo de tabaco, após a experimentação, é descrito como "um processo inconsciente" pelos dois grupos: *Sinceramente acho que não sei. Foi uma progressão gradual.* (fumador); *(…) depois começou a pegar mais na escola e foi-se dando um consumo mais regular, sem eu me dar conta dela…* (fumador); *As vezes seguintes acho que foi um processo um bocado inconsciente…* (fumadora); *Depois, continuar, já não era tanto a curiosidade, mas começa a tornar-se um hábito antes de ir para a escola, tirar um cigarro… uma pessoa eventualmente não repara, mas acabou por se tornar um vício.* (fumadora).

Aumento da dependência física e psicológica – o consumo ocasional é acompanhado por um aumento da necessidade de fumar com mais frequência: *(…) ia passar férias com os meus pais, não tocava num cigarro e isso não me fazia confusão nenhuma. Com o passar dos anos, começou a fazer-me uma certa confusão, a não me sentir bem, a precisar, e até hoje, necessito diariamente do cigarro.* (fumador); *Para nós vai-se tornando um hábito, não gostamos mas vamo-nos acostumando* (fumadora). Associação comportamental – é importante salientar que, enquanto que as mulheres referem associações sobretudo com o café e com a comida (*Ia beber café, fumava* [fumadora]), nos homens, o consumo de tabaco surge muito associado ao consumo de álcool, e é um potenciador da passagem de consumidor experimental a ocasional: *À noite é quando uma pessoa começa a beber umas cervejas, a pessoa fica mais liberta e começa a ver os outros a fumar* (fumador).

Capacidade para ultrapassar restrições – referida por ambos os sexos: *Se um empregado visse um mais pequenito fumar, vinha chamar a atenção, enquanto que se fosse um rapaz do secundário não vinha, então isso leva uma pessoa a fumar menos, uma pessoa tinha que se esconder para fumar* (fumador); *Não se podia fumar na escola*; *Tínhamos que fugir a dizer que íamos comprar rebuçados ou qualquer coisa e lá fumávamos muito escondidas* (fumadora).

Prazer – mencionado apenas pelas mulheres, começar a gostar de fumar: *Acho que me deixei levar muito, não só por gostar de fumar, por prazer mesmo.*

Noção errada do risco de fumar – Apenas as mulheres referiram este factor: *Pensava que como conseguia estar uns dias sem fumar e era só quando saía à noite… mas realmente depois comecei a fumar.*

Intenção de fumar – o grupo das fumadoras referiu a importância da intenção de fumar, prévia ao comportamento, como determinante da passagem de fumador experimental para fumador ocasional: *A minha mãe sempre me disse para não fumar, até me cortou a mesada, mas não adiantou de nada.*

1.2.2 Factores micro-sociais

Grupo de pares de fumadores – ambos os grupos referem o facto de pertencerem a um grupo de pares de fumadores, com os quais convivem diariamente: *Comecei a conviver com colegas da mesma idade que também tinham começado a experimentar e comecei a fumar mais regularmente e mais do que um cigarro por dia e aí já fumava na escola e num contexto mais social.* (fumadora); *Na universidade tenho mais colegas que fumam do que não fumam e então surgia que elas fumavam e então eu pedia "dá-me só um*

cigarro!" (fumadora); *Depois, pela questão social, comecei a fumar quando saia ao café à noite, com os amigos…* (fumador); *Continuei a fumar com os colegas* (fumador).

1.2.3 Factores ambientais

Sair à noite – *Eu fumava só ao fim de semana, quando ia para o café.* (fumador); *Comecei a sair mais à noite e acho que a noite tem sempre um papel mais decisivo nos fumadores* (fumador); *Eu comecei a fumar à noite. Saíamos todas juntas e só fumava a noite, de dia aguentava-me perfeitamente, não fumava, só fumava quando saía a noite.* (fumadora).

Acessibilidade fácil e o preço acessível da substância – *Começamos a comprar tabaco a meias* (fumador); *Houve bastante tempo em que eu não comprava tabaco, alguém me dava ou era sempre a meias e dava-nos para 2 ou 3 dias…* (fumadora).

Ausência de restrições – apenas mencionado no grupo dos fumadores: *Na minha escola podia-se fumar* (fumador).

Fazendo uma comparação por sexos, podemos verificar que, em relação aos factores individuais, os factores comuns são a falta de consciência da evolução, o aumento da dependência física, a associação comportamental e a capacidade para ultrapassar barreiras, surgindo no grupo das fumadoras apenas os factores prazer, noção errada dos riscos e intenção de fumar. Ambos os grupos referem o mesmo factor micro-social – pertencer a um grupo de pares de fumadores. A nível dos factores ambientais, ambos referem a convivência social associada a sair à noite bem como a acessibilidade e preço da substância, sendo a ausência de restrições identificada apenas pelo grupo dos homens.

Quadro 3. Factores de risco relacionados com o consumo ocasional de tabaco nos grupos de rapazes e raparigas fumadores/as

Factores de risco relacionados com o consumo ocasional			
Categorias	Sub-categorias	Presença / Ausência	
		Fumadores	Fumadoras
Factores individuais	Falta de consciência da evolução		
	Aumento da dependência física		
	Associação comportamental		
	Capacidade para ultrapassar restrições		
	Prazer		
	Noção errada do risco de fumar		
	Intenção de fumar		
Factores micro-sociais	Pares fumadores		
Factores macro-sociais	------	------	------
Factores ambientais	Sair à noite		
	Acessibilidade da substância e preço		
	Ausência de restrições		

1.3 Factores de risco relacionados com o consumo regular de tabaco

Os grupos de fumadores/as identificaram factores individuais, micro-sociais, ambientais e macro-sociais associados ao consumo regular de tabaco (Quadro 4).

1.3.1 Factores individuais

Dependência física e psicológica da substância – ambos os grupos referem que é a partir

do momento em que sentem mais necessidade física de fumar que se inicia o consumo regular: *Depois sentia a necessidade de fumar* (fumador); *Uma pessoa eventualmente não repara, mas acabou por se tornar um vício. Se se fica uma semana sem fumar e já se começa a entrar em stress e aí é que se apercebe que está viciado, quando se sente a necessidade física de fumar um cigarro* (fumadora). Referem factores psicológicos como estando ligados à manutenção do consumo: *A mim acalma-me bastante.* (fumador); *O cigarro não é só um vício de nicotina, é também um vício de boca, quando estou parado tenho que estar ocupado, fumar um cigarro ou fazer qualquer coisa* (fumador); *Se não estivesse naquele stress das aulas, talvez conseguisse estar mais tempo sem fumar, mas em tempo de aulas, época de exames e entregas de trabalhos, é para esquecer* (fumador); *É um relaxamento* (fumadora); *É um reforço, depois de estudar, por exemplo* (fumadora).

Associação com outros comportamentos – o consumo de tabaco surge a par de outras actividades e comportamentos do dia-a-dia: *... fumo depois de tomar café, depois das refeições.* (fumador); *...sair à noite e beber uma cerveja…* (fumador); *Acho que álcool, café e cigarros anda sempre tudo junto* (fumador); *Custa almoçar e não fumar um cigarro, ou então acompanhar uma bebida à noite.* (fumadora); *Queria realçar que quando saio à noite, posso fumar 2 maços de tabaco* (fumadora).

Prazer físico que advém do consumo – referido em ambos os grupos: *Gosto de fumar* (fumador); *Comecei a aperceber-me que sabia muito bem* (fumadora).

Noção errada do risco de fumar – *(...) O que fumo acho que não me faz bem, mas não é por aí também que me vai matar…* (fumadora); *Ainda não tive tempo de pensar nisso. Mais lá p'ra frente… comecei a fumar há dois, três anos, acho que ainda não é altura para pensar a longo-prazo…* (fumadora).

Falta de motivação para deixar de fumar – tanto os fumadores como as fumadoras revelam que não têm vontade de deixar de fumar: *Não penso muito sinceramente em deixar de fumar* (fumador); *Sei que faz muito mal e gasto muito dinheiro com isso, mas, no entanto, para deixar de fumar é preciso a pessoa querer mesmo… enquanto eu não impuser a mim própria que tenho que deixar de fumar porque é assim que tem que ser, eu não vou conseguir* (fumadora); *Neste momento não penso deixar de fumar* (fumadora).

Ocupação do tempo livre – ambos os grupos consideram que o acto de fumar ocupa os momentos de ócio: *Fumo para matar muito tempo livre também* (fumador); *Estamos no desemprego e não há nada para fazer…* (fumadora).

1.3.2 Factores micro-sociais

Pares fumadores – ambos os grupos referem a pertença a um grupo de amigos onde a maioria fuma como preditora do consumo regular: *A primeira coisa que faço quando chego aqui é fumar um cigarro. Os meus vizinhos também fumam e passam lá em casa: "anda aqui, vamos fumar um cigarrinho!"* (fumador); *Se sair à noite, se estiver com os meus colegas, fumo mais* (fumador); *Se eu estiver com um grupo de amigos que não fuma, não tenho tanta tendência a fumar tanto. Se estiver com um grupo de amigos em que todos fumam, se um puxa um cigarro, eu puxo um cigarro…* (fumadora); *No meu grupo de amigos fumavam todos* (fumadora).

Pouca vigilância parental – apenas o grupo dos fumadores referiu este factor: *Se estiver na minha terra com os meus pais, um maço pode durar-me 5/6 dias. Aqui estou sozinho e posso fumar dentro de casa, no quarto, e na minha terra não.*

1.3.3 Factores macro-sociais

Relativamente aos factores macro-sociais, apenas as mulheres referiram um factor, a norma social – *Era um hábito social.*

1.3.4 Factores ambientais

Ausência de restrições na escola/universidade – referido pelos dois grupos: *Saí da secundária, nem sequer se podia fumar; para se fumar um cigarro no intervalo tinha que ser às escondidas. Cheguei à Universidade, na altura fumava-se em todo o lado, no bar, fosse onde fosse* (fumador); *A partir do 10.º ano, como já era permitido fumar na escola, todos os intervalos fumávamos (...) não havia qualquer entrave por parte da escola e então estávamos à vontade, íamos para o café, fumávamos na escola (fumadora).*

Sair à noite – *Se sair à noite fumo mais* (fumador); *Quando saio à noite, posso fumar 2 maços de tabaco num dia* (fumadora).

Comparando os dois grupos em relação aos factores identificados em cada categoria, constatamos que os factores de risco individuais são similares maioritariamente, havendo uma pequena diferença: apenas o grupo das mulheres refere a norma subjectiva como um dos factores associados ao consumo regular de tabaco. A nível micro-social, ambos identificam os pares fumadores, sendo que apenas os homens referem a menor vigilância parental, e, a nível ambiental, ambos referem a ausência de restrições na escola e o facto de saírem à noite como determinantes do consumo regular de tabaco.

Quadro 4. Factores de risco relacionados com o consumo regular de tabaco nos grupos de rapazes e raparigas fumadores/as

Factores de risco relacionados com o consumo regular			
Categorias	Sub-categorias	Presença/Ausência	
		Fumadores	Fumadoras
Factores individuais	Dependência física e psicológica		
	Associação comportamental		
	Prazer físico		
	Noção errada do risco de fumar		
	Falta de motivação para deixar de fumar		
	Ocupação do tempo livre		
Factores micro-sociais	Pares fumadores		
	Pouca vigilância parental		
Factores macro-sociais	Norma social		
Factores ambientais	Ausência de restrições na escola/universidade		
	Sair à noite		

2. GRUPOS FOCAIS DOS/AS NÃO FUMADORES/AS

Os grupos de não fumadores e de não fumadoras referiram factores de nível individual, micro e macro social como sendo protectores da iniciação ao consumo tabágico. Não foram referidos factores ambientais (Quadro 5).

2.1. Factores protectores da iniciação ao consumo

2.1.1 Factores individuais

Noção do risco de fumar – identificado por ambos os grupos: *Acho que sempre tive a ideia de que fumar fazia mal e que matava ...* (não fumador); *Para mim, fumar e não conseguir respirar enquanto corro, não obrigado, porque isso implica não fazer desporto...* (não fumador); *Comecei a pensar que aquilo realmente tinha muito mais*

desvantagens do que vantagens e então foi isso que me levou a dizer: não, não quero! (não fumadora); *Lembro-me de estar muito bem informada a nível de escola; sempre gostei muito de ler revistas ligadas às ciências* (não fumadora).

Atitude negativa em relação ao tabaco – tanto nos homens como nas mulheres não fumadores/as: *É uma forma negativa de lidar com os problemas* (não fumador); *Não vejo factores positivos nisso* (não fumadora).

Características de personalidade – apenas referida pelos não fumadores: *Não era o tipo de adolescente que ia fumar para ir contra…*; *A curiosidade nunca foi suficiente para se sobrepor ou para fazer mal a mim próprio para descobrir isso.*

Custo económico – os custos económicos que fumar acarretaria foram mencionados apenas pelo grupo das mulheres não fumadoras.

2.1.2 Factores micro-sociais

Informação dada pelos pais – *(…) a mensagem que eles quiseram passar era que fazia mal e explicavam porquê, o vício que era, prejudica a saúde, o impacto financeiro com isso…* (não fumador); *Em casa sempre ouvi os meus pais dizerem os efeitos negativos do tabaco…gastam dinheiro… Sempre disseram que fumar fazia mal…* (não fumadora).

Família (nuclear) de não fumadores – ambos os grupos referem que os familiares próximos não são fumadores: *Nunca estive muito exposto ao ambiente do fumador. Na minha família, pelo menos aquela com quem eu mais convivia, ninguém fumava* (não fumador); *Os meus pais não fumam (*não fumadora).

Pares não fumadores – *O facto de todas essas pessoas que estavam comigo e eram minhas amigas também não fumarem…* (não fumador); *Os meus amigos mais próximos, e acho que isso também teve muita influência, nunca fumaram, também não fui tão vítima dessa pressão de pares…* (não fumadora).

2.1.3 Factores macro-sociais

Conotação negativa do tabaco – *(...) praticar desporto, estar inserido num clube onde quem fumava era altamente reprovado* (não fumador); *Para além dos pais, sempre no meu percurso escolar, não foi visto como uma coisa in, como uma coisa que os fixes fazem. Não. O tabaco era o que os alunos que reprovavam faziam atrás do ginásio* (não fumadora).

Comparando entre sexos, verificamos que homens e mulheres referem as mesmas sub-categorias a nível micro-social, macro-social e individual, onde existe uma sub-categoria identificada apenas pelas mulheres (custo económico).

Quadro 5. Factores protectores dos/as não fumadores/as

Factores protectores da iniciação ao consumo nos/as não fumadores/as			
Categorias	Sub-categorias	Presença / Ausência	
		Não Fumadores	Não Fumadoras
Factores individuais	Noção do risco de fumar		
	Atitude negativa em relação ao tabaco		
	Características de personalidade		
	Custo económico		
Factores micro-sociais	Informação dada pelos pais		
	Família de não fumadores		
	Pares não fumadores		
Factores macro-sociais	Conotação negativa do tabaco		
Factores ambientais	------	------	------

DISCUSSÃO

Este estudo procurou identificar factores de risco e factores protectores do consumo de tabaco, através do discurso de fumadores e não fumadores, de ambos os sexos.
Os dados obtidos permitiram identificar um número considerável de factores relacionados com as várias fases do consumo, sendo que, na sua maioria, estes foram comummente referidos pelas mulheres e pelos homens. No entanto, há diferenças e dados interessantes que importa observar.

Iniciando pelos dados relativos aos fumadores/as, a nível dos factores de risco ligados à experimentação de tabaco, no que concerne a idade, as mulheres do estudo iniciaram o consumo mais tardiamente do que os homens, o que vai de encontro a autores como Matos e colaboradores (2006) e Puerta e Checa (2007). Ambos os grupos referem a escola ou a casa como local do primeiro consumo, surgindo apenas nas raparigas a sub-categoria "sítios escondidos", o que pode indiciar uma maior necessidade de esconder o comportamento.

Os factores individuais identificados em ambos os sexos, para a experimentação, estão de acordo com dados de outros estudos, designadamente, a rebeldia, sendo que investigações longitudinais mostram a relação desta característica com o uso de tabaco pelos rapazes e pelas raparigas (Becoña, 2004), e a curiosidade, apontada como a principal motivação para experimentar um cigarro (Piperakis e colaboradores, 2008).

A existência de familiares fumadores surge como factor determinante apenas do consumo experimental, deixando de ser referenciado no consumo ocasional e regular, indiciando que o consumo de tabaco pelos pais tem um impacto marcante a nível da iniciação.

A norma subjectiva surge no consumo experimental como determinante apenas identificado pelas mulheres, o que está de acordo com a literatura, sendo que as raparigas, mais do que os rapazes, acreditam que fumar lhes permite receber mais atenção dos amigos e estar mais seguras com os outros (Puerta & Checa, 2007; Vitória, Silva, & deVries, 2007). Também o peso da modelagem social é referido apenas no sexo feminino. Estudos indicam que, de facto, são as mulheres quem está mais susceptível aos modelos apresentados socialmente, bem como ao impacto da publicidade e marketing (Hublet, Lambert, Verduyckt, Maes, & Broucke, 2002).

A nível ambiental, a acessibilidade, disponibilidade da substância e preço acessível são

descritos como determinantes tanto do consumo experimental como do ocasional e deixam de ser referidos no consumo regular, o que pode indicar que são factores com maior peso no início do consumo. "Sair à noite" surge como determinante ambiental do consumo, por ambos os sexos na fase de consumo ocasional e regular, com a particularidade de ser identificado como factor experimental apenas pelos rapazes, o que parece atribuir a este contexto uma maior importância enquanto desencadeador do primeiro consumo ano sexo masculino.

Debruçando-nos nos factores de risco relacionados com o consumo ocasional, claramente as fumadoras identificam sobretudo factores individuais e em número superior ao dos fumadores, que identificam quase na mesma quantidade factores individuais e ambientais. A primazia dada pelas mulheres a estes factores, nesta fase, pode ser um indicador da importância que o tabaco assume a nível pessoal aquando do consumo mais frequente, realçando-se a intenção de fumar e o prazer obtido na substância (factores que surgem, aqui, apenas no sexo feminino), o que, segundo Ariza e Nebot (2002), está relacionado com a maior necessidade de utilizar o tabaco como forma de lidar com estados de ansiedade/stress, e potencia, mais frequentemente do que os rapazes, a passagem de fumadoras ocasionais a regulares.

Os factores ligados ao consumo regular de tabaco são maioritariamente os mesmos em ambos os grupos. De realçar que a norma social é apenas referida pelas mulheres, sendo um indicador de que estas percepcionam o comportamento tabágico como normativo e que isso influencia a sua conduta, o que não se verifica nos homens.

Relativamente aos factores protectores da iniciação ao consumo tabágico, identificados pelos grupos de não fumadores e não fumadoras, ter noção do risco de fumar é um dos principais factores de protecção individuais, sendo que a noção errada destes riscos está presente em todas as fases do consumo dos/as fumadores/as, como atestam, por exemplo, Lundborg e Lindgren (2004), num estudo com adolescentes dos 12 aos 18 anos, onde os indivíduos com percepção do risco mais elevada, acerca de ter cancro da garganta, tinham menor probabilidade de ser fumadores. A atitude negativa em relação ao tabaco, não encontrada no grupo de fumadores/as, está associada com uma maior probabilidade de ser não fumador/a, como descrevem Castrucci, Gerlach, Kaufman e Orleans (2002). Não são, no entanto, referidas variáveis individuais referidas em grande número de estudos, como a satisfação com o peso, a imagem corporal e as competências de recusa, por exemplo (Hublet et al., 2002).

A nível micro-social, a informação dada pelos pais acerca do tabaco parece ter um efeito protector na iniciação do consumo, como indicam Piperakis e colaboradores (2008), em que a desaprovação dos pais do comportamento de fumar está negativamente relacionada com a iniciação desse comportamento). Da mesma forma, a nível macro-social, sendo o consumo parental um dos preditores mais fortes do consumo em ambos os sexos, faz sentido que a inexistência de familiares próximos fumadores seja um factor protector, bem como a pertença a um grupo de não fumadores. A nível macro-social, o facto de não percepcionar vantagens associadas ao consumo de tabaco parece ser preponderante.

Por fim, importa salientar três factores transversais às fases do consumo de tabaco: tanto no consumo experimental, como no ocasional e no regular, a sub-categoria "noção errada dos riscos de fumar" surge como factor individual; a nível micro-social, o facto de pertencer a um grupo de pares onde a maioria dos elementos fuma é um determinante referido em todas as fases do consumo e por ambos os sexos, o que denota a importância atribuída a este factor e que, de resto, é corroborado por vários estudos (Ariza & Nebot, 2002; USDHHS, 2001); e, por fim, a nível ambiental, a sub-categoria "sair à noite", o que denota a interacção constante entre os vários tipos de determinantes.

Estes resultados devem, contudo, ter em conta as limitações do estudo. Em primeiro

lugar, seria útil a realização de mais do que um grupo focal por condição, como forma de obter dados mais consistentes. Além disso, uma dificuldade inerente ao carácter qualitativo do estudo é o facto de o auto-relato poder ser influenciado por viés da memória, sendo que relatar eventos do passado pode ser alterado pela interpretação posteriormente elaborada. Por fim, a opção do tratamento de dados em termos de presença/ausência das sub-categorias identificadas pode deixar escondidos factores que uma análise do discurso mais aprofundada poderia assinalar. Todavia, este tipo de estudo mostrou-se relevante e adequado para os objectivos do estudo, tendo como principal vantagem o facto de ser mais do que a mera soma de entrevistas individuais, pela informação que surge e é recriada em contexto de interacção.

CONCLUSÃO

Este estudo foi desenhado para fornecer dados acerca dos determinantes do consumo de tabaco, através da consulta de fumadores e não fumadores. Não tendo fornecido dados exaustivos acerca dos determinantes do consumo de tabaco, sobretudo os de nível macro-social, esta investigação permitiu identificar vários factores associados às diferentes fases do consumo. Algumas diferenças entre sexos são assinaláveis: factores como a modelagem social, a norma subjectiva, a norma social, o prazer e a intenção de fumar parecem estar mais associados ao consumo pelas mulheres, e factores como sair à noite e a ausência de restrições parecem ser factores mais específicos dos homens, que merecem uma atenção detalhada. Estes resultados sugerem também a complexidade dos factores envolvidos e vêm reforçar a necessidade da realização de estudos quantitativos para aprofundar o conhecimento da etiologia do consumo de tabaco por sexos. É da maior relevância ter em conta as especificidades relacionadas com o consumo, aquando do desenho de programas e acções destinados a prevenção (primária e secundária) do consumo de tabaco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ariza, C., & Nebot, M. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enzeñanza secundaria de Barcelona e Lleida. *Revista Española de Salud Publica, 76*(3)227-238.

Barbour, R.S., & Kitzinger, J. (1999). *Developing focus group research.* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.

Becoña, E. (2004). Factores asociados al consumo de tabaco en la mujer y medidas preventivas. *Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Tabagismo*. Universidade do Minho: Centro de Investigação em Educação.

Castrucci, B. C., Gerlach, K. K., Kaufman, N. J., & Orleans, T. (2002). The association among adolescent's tobacco use, their beliefs and attitudes, and friend's and parents' opinions of smoking. *Maternal and Child Health Journal, 6*(3), 159-167.

Currie, C. et al., eds. (2000). *Health and Health Behaviour among Young People. International report from the 1997/1998 survey.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Currie, C. et al., eds. (2004). *Health and Health Behaviour among Young People. International report from the 2001/2002 survey.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research.* New York: SAGE publications.

Fowler, F.J. (1993). *Survey Research Methods.* 2.ª Edição. Newbury Park: SAGE Publications.

Hublet, A., Lambert, M., Verduyckt, P., Maes, L., & Broucke, S. (2002). Report *Gender Differences in Smoking in Young People.* Brussels, Belgium : Flemish Institute for Health Promotion.

INE. 4.º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006. Consultado em, acedido em 06- 08-2007). Disponível em http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=6487190&att_display=n&att_download=y. 2007.

Krueger, R. A. (1998). *Developing questions for focus groups* (Vol. 3). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

Lundborg, P., & Lindgren, B. (2004). Do they know what they are doing? Risk perceptions and smoking behavior among swedish teenagers. *The Journal of Risk and Uncertainty,28*(3), 261-286.

Matos, M., G., Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares, F., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do estudo HBSC 2006.*

Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research.* London: SAGE Publications.

Morgan, D. L. (1998a). *Planning Focus Group* (Vol. 2). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

Morgan, D. L. (1998b). *The Focus Group Guidebook.* (Vol. 1). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

Piperakis, S.M., Garagouni- Araiou, F., Argyracouli, E. Piperakis, A. S., Iakovidou-Kritsi, Z., & Triga, A. (2008). A survey on smoking habits and attitudes among adolescents in Greece. *International Journal of Medicine and Health, 20*(1), 63- 71.

Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: implicações para a prevenção. *Análise Psicológica, 3*(XXII), 499-506.

Puerta, I. N., & Checa, M. J. (2007). *Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordage con una perspectiva de género.* Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ministério de Sanidad y Consumo.

USDHHS (2001). *Women and smoking: a report of the Surgeon General.* Washington DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Services.

Vitória, D., Silva. S., & Devries, H. (2007). Porque fumam cada vez mais raparigas?... Diferenças entre rapazes e raparigas nos motivos para fumar. In *Percursos da Investigação em Psicologia Social e Organizacional* (volume III). Lisboa: Edições Colibri.

HÁBITOS TABÁGICOS EM ADOLESCENTES DO ENSINO BÁSICO

Leandra Fernandes Ferraz[1] & João Quental[2]

Resumo

Com intuito de identificar o processo de experimentação tabágica e os hábitos de fumar dos jovens, bem como de seus familiares, foi realizada uma investigação de cariz quantitativa a 710 alunos de escolas básicas, da região Centro de Portugal. Os resultados indicaram um número reduzido porém significativo de jovens a fumar em o início da experimentação muito precoces. Como implicações sugere-se que a Prevenção Primária e a Educação para a Saúde deva envolver todos os ciclos de aprendizagem incluindo formação de professores e técnicos sociais e da saúde.

Palavras-chave

Adolescente; hábito tabágico; prevenção primária.

INTRODUÇÃO

O consumo do tabaco é actualmente considerado um grave problema de Saúde Pública, devido ao seu alto índice de morbilidade e mortalidade prematura, sendo a principal causa evitável de doença e morte nos países desenvolvidos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), devido aos efeitos nocivos do fumo do cigarro no organismo humano, à elevada prevalência do tabagismo e à dificuldade de ultrapassar a dependência da nicotina, o tabagismo é uma questão complexa e muito grave (Silva, 2000; Rocha, 2001), uma vez que sua dependência actua quer no âmbito biológico, quanto no psicológico e social, sendo assim altamente difícil seu tratamento.

O início cada vez mais prematuro deste consumo – entre os 12 e os 15 anos – e a forte dependência provocada pelo consumo diário do tabaco, que segundo a OMS (2002) é similar à do álcool e da heroína, remetem para a importância e urgência de medidas e intervenções mais eficazes na área da prevenção primária, bem como para a implementação da Desabituação Tabágica entre os jovens, principalmente no meio escolar (ESFile, 2001, Ferraz, et. al. 2003). O papel da escola é fundamental, pois é nela que o jovem passa grande parte dos seus dias, particularmente no grupo de pares, e onde vivenciará e confrontará muitas realidades imprescindíveis ao seu conhecimento (Tavares et. al., 2007).

Neste sentido, as recomendações que têm sido feitas sobre o tabagismo, quer pela OMS, quer pelas Assembleias Mundiais sobre o Tabagismo, o Conselho de Prevenção do Tabagismo (CPT), a UNESCO e o Ministério da Saúde (2000) neste domínio, destacam a importância da prevenção tabágica principalmente entre os jovens, uma vez que está em crescente o aumento do consumo do tabaco entre os jovens em idade escolar, sobretudo no sexo feminino. Um Portugal alguns estudo tais como o de Matos e colaboradores (2001), indicam que 8% dos jovens são fumadores e consomem tabaco regularmente (uma vez por dia). Nos estudos de Precioso & Macedo (2006), que abrangeu 191 escolas portuguesas num total de 6903 alunos e teceu comparações com quatro anos de diferença (1997/98 – 1.º estudo e em 2002 – 2.º estudo), entre outros dados, verificou-se que, para além do aumento do consumo entre os jovens, sobretudo nas do sexo feminino, Portugal

1. Universidade de Aveiro e Universidade Católica de Goiás. **leandrafernandes@ua.pt**
2. Psicólogo Clínico do Centro Hospitalar de Coimbra – E.P.E. **clinicaquental@sapo.**

já possui taxas de fumadores equiparadas às da Europa, sendo superior nas raparigas de 15 anos e que em geral a escola e as medidas de prevenção apresentadas para combater o tabagismo em Portugal não têm sortido o efeito esperado, o que se faz necessário e urgente a implementação de várias medidas de prevenção não só primárias mas também secundárias.

Estudos realizados por vários investigadores Lacerda (2001), Matos (2001) e Vitória (1998), indicaram que no comportamento aditivo estão subjacentes outros problemas dos adolescentes ligados à baixa auto-estima, à auto-imagem, à necessidade de afirmação social e à dificuldade de inserção num grupo, bem como ao baixo rendimento escolar e às dificuldades em superar pequenos conflitos internos (ligados à percepção de si) e externos (pais, professores e colegas), intrínsecos a este período do desenvolvimento humano. O consumo do tabaco também está associado ao consumo de álcool e outras drogas (Precioso, 2006), sendo normalmente o tabaco a primeira droga a ser consumida.

A OMS, bem como no estudo de Precioso & Macedo (1999, 2006), tem defendido a importância de se impor medidas reforçadas de vigilância, controlo e prevenção no meio escolar, incluindo novas abordagens, mais criativas, convincentes e sofisticadas, no domínio dos programas de educação para a saúde, junto das crianças e jovens, quer nas famílias quer nas escolas. No que se refere especialmente ao tabagismo, salienta ainda a necessidade de estes métodos serem acompanhados de "*intervenções activas*" como o cumprimento de medidas legais de proibição de fumar em locais públicos, principalmente escolas e hospitais, da venda de tabaco perto de escolas e em máquinas, facilitando o acesso aos jovens, bem como medidas governamentais não ambíguas e de tratamento dos jovens fumadores (Ferraz et. al. 2003 e Precioso, 2006).

Neste sentido, e para concretizar a importância e urgência da relação entre a saúde e a educação, o Ministério da Educação, criou, com base no Despacho n.º 15 587/99 (2.ª série), a "*Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde*" que possui, como pontos principais, a promoção da saúde global da população escolar, de recursos, da qualidade e alargamento das "*Redes Nacionais de Escolas Promotoras da Saúde*" (RNEPS), a coordenação e parceria entre as estruturas da educação e da saúde. A RNEPS é constituída por "*todas as esc-olas que desenvolvam um processo de promoção da saúde através da parceria formalizada com o centro de saúde e mediante contrato com a coordenação das RNEPS" (Despacho conjunto n.º 734/2000).*

Conforme descreve Pereira (2001), as escolas Promotoras de Saúde são aquelas que se evidenciam pela forma como se organizam, funcionam e que se encontram a caminhar de uma forma inovadora, em direcção ao sucesso educativo dos alunos que as frequentam, o que significa que se preocupam com a potenciação do sentido da coerência de todos os que nela vivem. De acordo com Precioso (2004), os programas de Educação para a Saúde devem sobretudo preparar o aluno cada vez mais cedo para cuidar da sua própria saúde e a dos seus semelhantes, construindo aprendizagens e hábitos de um estilo de vida saudáveis.

Um dos objectivos das Escolas promotoras de saúde consiste em implementar as linhas estratégicas de intervenção em cinco dimensões: ecológica, psicossocial, comunitária, curricular e organizacional (Pereira, 2001). Neste sentido, a prevenção primária só poderá ser bem sucedida se forem tidas em consideração as referidas dimensões, o que traz à prevenção primária uma perspectiva interinstitucional e pluridisciplinar, que consagra todas as instâncias da vida do indivíduo. Mas sabemos actualmente que

Actualmente, a Legislação consagra a ligação entre o Ministério da Educação e o da Saúde, o que facilita muito o trabalho, neste caso, dos psicólogos escolares, que, por terem sob os seus cuidados problemas tão complexos ligados aos jovens – sexualidade prematura, drogas, álcool, entre outros - têm que ter um suporte fora da escola que possa

enriquecer e alargar a sua intervenção. É este tipo de intervenção que entendemos ser primordial existir na escola, através do psicólogo escolar, tanto mais que, de acordo com resultados de alguns estudos (Vitória, 2001) no âmbito tabágico, a simples informação, através de folhetos informativos e advertências dadas pelos médicos de família, ou outros profissionais ligados à saúde, diminuem em 10% o número de fumadores.

Entendermos que a escola é um dos meios privilegiados para o adequado desenvolvimento pessoal e social do indivíduo, pelo que deve propiciar ambientes onde se vivencie e promova comportamentos e estilos de vida saudáveis. (Ferraz, et. al. 2003), a presente investigação tem como objectivo geral caracterizar os jovens estudantes e suas famílias no que concerne aos hábitos tabágicos para melhor actuar de forma mais eficaz ao nível da prevenção. Dos objectivos específicos salientam: conhecer as características e as percepções dos jovens sobre o fumo, identificar o número, a idade e em quais condições fazem as primeiras experimentações tabágicas; caracterizar os hábitos tabágicos dos jovens fumadores para uma melhor intervenção.

METODOLOGIA

Amostra

A amostra foi constituída por 710 alunos, do 5.º ao 9.º ano de escolaridade que frequentaram o ano lectivo de 2001/2002 do ensino básico da região Centro do país. As idades variaram dos 10 aos 19 anos, sendo 49,4% do sexo masculino e 50,6% do sexo feminino (Tabela 1)

Tabela 1.Tabela de Frequência da Variável Sexo, Idade e Ano Escolar

Variável		Frequência	%
Sexo	Masculino Feminino	351 359	49,4 50,6
Idade	10 Anos 11 Anos 12 Anos 13 Anos 14 Anos 15 Anos 16 Anos 17 Anos 18 Anos 19 Anos	79 140 137 128 124 54 25 17 2 4	11,1 19,7 19,3 18,0 17,5 7,6 3,5 2,4 0,3 0,6
Ano Escolar	5.º Ano 6.º Ano 7.º Ano 8.º Ano 9.º Ano	161 157 127 130 135	22,7 22,1 17,9 18,3 19,0
Total	-	710	100,0

Instrumento

Foi utilizado o *"Questionário de Investigação sobre os Hábitos Tabágicos"* (QIHT), constituído por três etapas que pretendem avaliar: primeiramente os hábitos tabágicos inseridos na família, as crenças e percepções dos jovens sobre o cigarro e o número de indivíduos que experimentaram fumar; a segunda etapa investiga a idade e as condições em que fizeram as primeiras experimentações; e finalmente a terceira etapa que pretende conhecer as características específicas dos hábitos tabágicos dos jovens que após a experimentação se mantiveram fumadores.

Este instrumento foi desenvolvido pelo Grupo de Prevenção e Desabituação Tabágica,

da Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2001, e é composto por 18 itens, sendo 15 questões de tipo fechado e 4 do tipo aberto.

Procedimentos

Foi solicitada e concedida autorização pelos directores dos Conselhos Executivos das escolas envolvidas e a aplicação e recolha dos questionários contou com a colaboração de professores e psicólogos das escolas envolvidas.

As instruções para o preenchimento do questionário foram dadas verbalmente, sendo os inquiridos informados dos objectivos do estudo, bem como da garantia de anonimato e confidencialidade dos dados.

Análise dos Dados

Para a análise estatística foi utilizado o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 10. Foi feita a análise de conteúdo para as questões abertas tendo tido em consideração a análise da avaliação feita por um painel de juízes.

Resultados e Discussão

Os resultados indicaram que no contexto familiar, 43,8% possuem alguém em casa que fuma. Sendo que destes, 19,0% tinham o pai como fumador, 5,1% a mãe, 8,9% ambos os pais e em 6,0% dos casos as fumadoras eram outras pessoas que vivem em casa, o que significa uma realidade tabágica elevada no universo familiar dos jovens inquiridos. Tendo referência a teoria da aprendizagem social de Bandura (1997), que compreende a intensa a influência do comportamento adulto sobre a criança e o jovem, entendemos esta como uma das razões pela qual muitos jovens iniciavam a experimentação tabágica.

Esse factor se fez sentir quando ao se cruzarem os dados, verificou-se que a maioria dos jovens que experimentaram fumar, pertencem a famílias onde hábito tabágico existe. Este facto sugere que a existência de algum familiar fumador, facilita ou até estimula a experimentação tabágica por parte dos filhos/jovens. É de realçar que alguns estudos realizados por Ribeiro (1988) demonstram que as crianças que vivem em casas onde os pais fumam no interior, podem chegar a "fumar" o equivalente a um cigarro/hora" e que "os filhos de fumadores apresentam maior incidência de afecções respiratórias agudas (tosse, bronquite, pneumonia) e outras doenças do foro respiratório.

Quanto ao incómodo sentido pelo fumo do cigarro 69,0% o sente, porém 19,2% não se sentem incomodados, o que indica uma elevada habituação ao fumo. Quando comparados os dados verificou-se que existe uma relação significativa entre os jovens que tiveram uma experiência de consumo tabágico e o facto do fumo do tabaco não os incomodar.

Quanto á prejudicialidade do consumo do tabaco para a saúde, 97,3% consideram-no prejudicial e no cruzamento dos dados os 2,7% que não oe percepcionam como prejudicial são na totalidade os jovens fumadores.

Relativamente ao início da experimentação do cigarro, 25,4% afirmaram já ter fumado, enquanto a maioria dos jovens inquiridos 74,6% dizem nunca o ter feito, finalizando aqui o preenchimento do questionário. No nosso entender estes resultados poderão já dar alguns indicadores do efeito positivo das campanhas de prevenção que as escolas vêm desenvolvendo nos últimos anos.

Tendo em consideração os 180 (25,4%) estudantes que responderam afirmativamente sobre a experimentação tabágica, as idades variaram dos 9 aos 19 anos, podendo ser consideradas dos 11 aos 15 anos as idades mais críticas para as primeiras experimentações. Quando comparados por género, em média os jovens do sexo masculino obtiveram a primeira experiência mais cedo (11 anos) quando comparado com as raparigas (12 anos) sendo essa diferença significativa (t= -3,109; p =, 002).

Quanto as companhias durante a 1.ª experimentação, 2,3% afirmaram tê-la feito sozinho, 7,6% acompanhados, sendo que para 14,9% foram os amigos a companhia mais habitual. Ao serem questionados sobre o prazer que possivelmente se lembravam de ter tido ao experimentar o cigarro, 7,7% definiram como agradável enquanto a maioria 17,3 considerou-a desagradável. Quando comparado o prazer dado pelo cigarro durante a primeira experimentação e o facto de ainda fumar, foi encontrada significância entre os resultados, que indicam que os jovens que encontraram prazer na experimentação, continuaram a experimentar e ainda fumam.

Quanto a ainda fumarem, do total de 180 (25,4%) que experimentaram, 46 (6,5%) ainda se mantêm fumadores, enquanto 18,4% ficaram pela experimentação e terminaram aqui o preenchimento da segunda etapa do questionário.

Os 46 (6,5%) fumadores que continuaram a responder ao questionário são 32 do sexo masculino (69,6%) e 14 do sexo feminino (30,4%), distribuídos sobretudo pelo 7.º (7), 8.º (12) e 9.º (22) ano de escolaridade. Não podendo deixar de verificar que 4 jovens frequentavam o 6.º ano e 1 aluno fumador no 5.º ano de escolaridade.

Em relação ao número de cigarros consumido por dia, 20 (3,4%) sujeitos afirmaram fumar um número inferior a 5 cigarros/dia; 10 (1,3%) consomem de 6 a 10 cigarros/dia, 13 (1,3%) sujeitos fumam de 11 a 20 cigarros por dia e ainda 1 (2,2%) fuma mais de 20 cigarros/dia. Estes dados sugerem que apesar do número de fumadores com pouca dependência física ser mais elevado, o número de jovens (24) com um consumo moderado e elevado de cigarros também deva ser salientado. Outro indicador importante refere-se aos 14 (2,0%) estudantes que fumam em jejum, o que segundo o Teste Fagestrom é um dos indicadores de elevada dependência.

Do total de fumadores, 35 entendem que se quiserem deixam de fumar, e 10 assumiram ter dificuldade em fazê-lo, o que denota que grande parte dos jovens desconhecem o poder da dependência tabágica. É interessante ainda destacar que a mesma percentagem de jovens que responderam ser capazes de deixar de fumar se assim o quisessem, afirmam também, que já tentaram deixar, mas que não conseguiram manter sem fumar. Destes, 2 (0,9%) afirmaram ter conseguido no período inferior a 10 dias, o que denota uma dependência física mais elevada do que os 8 (3,4%) sujeitos que se mantiveram sem fumar durante um período superior a 10 dias. Nestes casos as recaídas deram-se mais por dependência psicológica, ou seja, pela atribuição ou importância que deram ao cigarro e pela associação deste aos momentos de prazer (saídas com os amigos, cafés entre outros).

Dos jovens que fumam, 27 (3,8%) acreditam desnecessária a ajuda do Psicólogo Escolar ou de outro profissional de saúde para que consiga deixar de fumar, enquanto 18 (2,5%) acham importante a ajuda de um profissional. Este facto demonstra a pouca informação que se têm sobre a preparação que estes profissionais tem para ajudar o jovem a compreender e alterar seus comportamentos, bem como a crença de que conseguem sem a ajuda de ninguém vencer o vício tabágico.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Os Resultados deste estudo, que consideramos exploratório, dão-nos indicadores de que 6,5% de estudantes são fumadores, superior à taxa nacional de 5% apresentado pelo Projecto ESFA (Vitória, 1999) e inferior ao apresentado em 2001 por Matos (2001), 8% dos jovens são fumadores e consomem tabaco regularmente (uma vez por dia). Quando observamos que a maioria significativa de jovens que encontraram prazer na sua primeira experiência tabágica, persistiram na experimentação e ainda fumam, muito mais por dependência psicológica do que física, podemos alertar e justificar a implementação nos

serviços de psicologia das escolas, de uma componente de atendimento voltada para a desabituação tabágica, a qual seria realizada com a ajuda do psicólogo escolar. Para tal, far-se-á necessário uma formação específica, bem como a utilização de um programa de intervenção muito bem delineado por uma equipa multidisciplinar, seguindo um modelo de intervenção na linha cognitivo-comportamental aplicado por Ferraz, et al (2003) em jovens fumadores.

Apesar dos resultados obtidos, nos ter permitido compreender vários factores envoltos sobre o hábito de fumar, verificamos a necessidade de mais investigação no sentido de perceber os factores de risco, mas também os factores protectores ligados ao consumo do tabaco.

À laia de conclusão sugere-se assim, uma intervenção mais abrangente, a nível da prevenção primária, que envolva toda a rede social dos jovens (escola, grupo de pares, familiares, …), com modelos de intervenção e medidas mais práticas que atendam às características de género e de faixa etária deste grupo, valorizando o desenvolvimento da auto-estima e autonomia (Lacerda, 2001, Ferraz, et. al 2002, Quental, 2002), bem como garanta a diminuição significativa da experimentação e aquisição de hábitos tabágicos entre os jovens. Para tal, a prevenção primária deve se iniciar desde a educação pré-escolar e se estender a todos os ciclos da aprendizagem humana, incluindo naturalmente o nível superior, sobretudo na formação de professores e técnicos sociais e de saúde (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e médicos), para que possam se tornar agentes activos da prevenção.

Relativamente ao âmbito escolar fazem-se necessárias medidas de prevenção primária e secundária, que atinjam também os jovens fumadores, uma vez que neste caso a prevenção primária per si só não é suficiente e portanto deverá envolver os psicólogos escolares, pois estão devidamente habilitados para actuar na mudança de comportamentos.

BIBLIOGRAFIA

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The exercise of control*. New York, Friedman and Company.

Conselho de Prevenção do Tabagismo (2000). *Manual do Professor "Querer é Poder I". Programa de Prevenção do Tabagismo para o 3.º Ciclo de Ensino Básico*.

Ferraz, L. & Formosinho, M. & Pereira, A. & Quental, J. (2003). Hábitos Tabágicos em contexto escolar: Identificar para actuar. *4.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde- A Saúde numa perspectiva de ciclo de vida* . (2.ª 5 de Outubro) Lisboa.

Ferraz, L. V. F. C. (2003). *Hábitos Tabágicos em Contexto Escolar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Lacerda, P. (2001). Tabaco. Convença-os a serem independentes. *Adolescentes!*, p. 18-22.

Ministério da Saúde. Portugal. Direcção-Geral da Saúde. (2003). O Plano Nacional de Saúde. *Orientações estratégicas para 2003*, Lisboa.

Matos, M., Carvalhosa, S. Vitória, P. & Clemente, M., (2001). Os Jovens Portugueses e o Tabaco. *Aventura Social & Saúde*, Tema 6, n.º 1, Dez., Lisboa: FMH/PEPT/GPT/CPT.

Matos, M., Simões, C. Carvalhosa, S., Reis, C. & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses.* Faculdade de Motricidade Humana/PEPT-Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Tabagismo como problema de Saúde Pública*. Ministério da Educação.

Pereira. A.M. S. (2001). *Para uma melhor compreensão da área da opção: educação para a saúde.* Coimbra. Universidade de Coimbra, p. 36-39.

Precioso, J. & Macedo, M. (2005). *Hábitos tabágicos dos alunos do 3.º ciclo das EB 2,3 do Concelho de Braga: implicações para a prevenção*. In B. Silva & L. Almeida (coords.), Actas do VIII Congresso Galaico Português de PsicoPedagogia. Braga: CIEd/IEP/UM, pp. 2125-2134 (edição em CD-rom).

Precioso, J. (1999). *A Educação para a Saúde na Escola: um estudo sobre a prevenção do hábito de fumar*. Braga: Minho Universitária.

Precioso, J. & Macedo, M. (2006). *Evolução da epidemia tabágica em adolescentes portugueses.* Revista Portuguesa de Pneumologia. Vol XII, N.º5 (Set.-Out). 525-538.

Precioso, J. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. Rev Port Clin Geral 2006;22:201-22.

Quental,J., Ferraz, L. (2002). *Relatório de Actividades do Grupo de Prevenção e Desabituação Tabágica*. Coimbra: Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia.

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada – CRL.

Tavares, J. & Pereira, A.M.S. Gomes, A.A. &Monteiro, S. & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem.* Porto: Porto Editora

Vitória, P. D. (2000). *Projecto ESFA – Conselho de Prevenção do Tabagismo*. European Smoking Prevention Framework Approach.

PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ESCOLA COM BASE NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

José Precioso[1]

Resumo

Os resultados da investigação sobre a etiologia do consumo de tabaco, em meio escolar, permitem inferir que a prevenção primária do consumo de tabaco deve começar antes dos 12 anos (provavelmente no 6.º ou 7.º anos de escolaridade) e continuar ao longo do percurso escolar, incluindo a Universidade. Entre as iniciativas e actividades preventivas do consumo de tabaco a implementar em meio escolar, dirigidas directamente aos alunos, sugerem-se a aplicação generalizada de programas de prevenção intensivos, do tipo das influências psicossociais ("Domicílios sem Fumo", "Não fumar é o que está a dar", "Querer é poder I e II".). Nesta comunicação apresentam-se as abordagens consideradas actualmente mais eficazes para controlar a expansão do tabagismo nos jovens.

Palavras-chave

Tabagismo; prevenção; Educação para a Saúde.

INTRODUÇÃO

O maior risco que as crianças e os adolescentes correm quando começam a fumar é o de ficarem dependentes do tabaco, muitas vezes para a vida inteira, e vir mais tarde a sofrer de inúmeras patologias causadas pelo tabagismo (cancro de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crónica (D.P.O.C.), enfartes, entre outras). Constata-se que a prevalência de adolescentes e jovens adultos fumadores, está a aumentar no nosso país, o que significa que a prevenção não está a dar o efeito pretendido.

Segundo os dados do Health Behaviour in Schol-Aged Children (HBSC), em Portugal e em apenas quatro anos (1997/8 – 2002), a prevalência de raparigas com 15 anos de idade, fumadoras diárias, quase duplicou, passando de 10,0% para 19,5% (Currie *et. al*, 2002; 2004). Nos rapazes da mesma idade, e no mesmo período, a prevalência praticamente não sofreu alterações (manteve-se aproximadamente nos 13%). Pela primeira vez a percentagem de raparigas fumadoras na faixa etária dos 15 anos era francamente superior à dos rapazes.

Os dados do HBSC referentes aos 11 e 13 anos, e no período de 1998 a 2002, confirmam que o problema do consumo de tabaco nos jovens escolarizados se tem vindo a agravar, particularmente nas raparigas.

Para travar a progressão da epidemia tabágica, é necessário adoptar, adaptar e/ou construir e implementar intervenções, ou programas, que tenham sido eficazes (ou tenham possibilidades de vir a ser) na prevenção do consumo, na população a que se destinam. O processo de adopção, adaptação ou construção de programas preventivos, implica uma revisão aprofundada da etiologia do tabagismo, ou seja, a necessidade de compreender quando, onde e porque é que as crianças e os adolescentes se tornam fumadores. O conhecimento das abordagens e dos programas de prevenção existentes, e da sua eficácia, ajudará também no processo de adopção, adaptação ou desenho intervenções ou programas preventivos que contrariem os factores de riscos relacionados com o consumo de tabaco. Felizmente, no nosso país, existem alguns programas baseados

1. Universidade do Minho. **precioso@iep.uminho.pt**

no currículo da escola e não apenas orientações gerais sobre a forma como a prevenção do tabagismo pode ser feita. Infelizmente não existem muitos materiais para outros problemas de saúde, como por exemplo o alcoolismo, o que dificulta muito a tarefa dos professores ou outros profissionais que se decidam/queiram investir na à prevenção dos comportamentos de risco. Com o objectivo de contribuir para a selecção/construção de um programa preventivo pelos responsáveis pela promoção e educação para a saúde nas escolas, apresentamos em seguida algumas ideias sobre a etiologia do consumo, caracterizamos alguns programas preventivos e descrevemos propostas para aumentar a eficácia da prevenção.

ETIOLOGIA DO CONSUMO DE TABACO

Quando se começa a fumar?

Admite-se que nos países desenvolvidos a maioria dos fumadores comece a fumar na adolescência, ou seja, antes dos 18 anos de idade, embora em Portugal, uma percentagem elevada de fumadores, cerca de 30%, tenham começado a fumar mais tarde (Brandão, 2002; Nunes, 2002; Precioso, 1999). A partir destes dados, podemos inferir que a prevenção primária do consumo de tabaco deve começar antes dos 12 anos (provavelmente no 6.º ou 7.º ano de escolaridade), mas deve continuar ao longo do percurso escolar incluindo a Universidade e o local de trabalho (pois conforme já foi referido, existe evidência epidemiológica que mostra que em Portugal, o começo é mais tardio que noutros países desenvolvidos).

Onde se começa a fumar?

A partir dos resultados de um estudo efectuado por Precioso (1999), existe evidência científica segura para poder afirmar que em Portugal: a escola é o local de iniciação do comportamento de fumar para a maioria (60%) dos alunos portugueses (embora as raparigas tenham começado frequentemente noutros lugares) e que percentagens de alunos da amostra superiores a 50% receberam ofertas de cigarros na escola.

Uma vez que é no início da adolescência que muitos alunos começam e continuam a fumar; que o local de iniciação, na maioria dos casos é a escola; que todas as crianças passam pelo sistema de ensino, podemos admitir que a prevenção do consumo de tabaco deveria começar pelos 12 – 13 anos e o local mais adequado para a fazer será a própria escola. Isto não significa que seja uma responsabilidade exclusiva da escola. É sabido que para Educar uma Criança é Preciso uma Aldeia (cada vez mais global). Isto significa que os programas preventivos mais eficazes são de âmbito comunitário, ou seja, devem envolver a escola, mas também os pais dos alunos, e todos os agentes comunitários (Nunes, 2002).

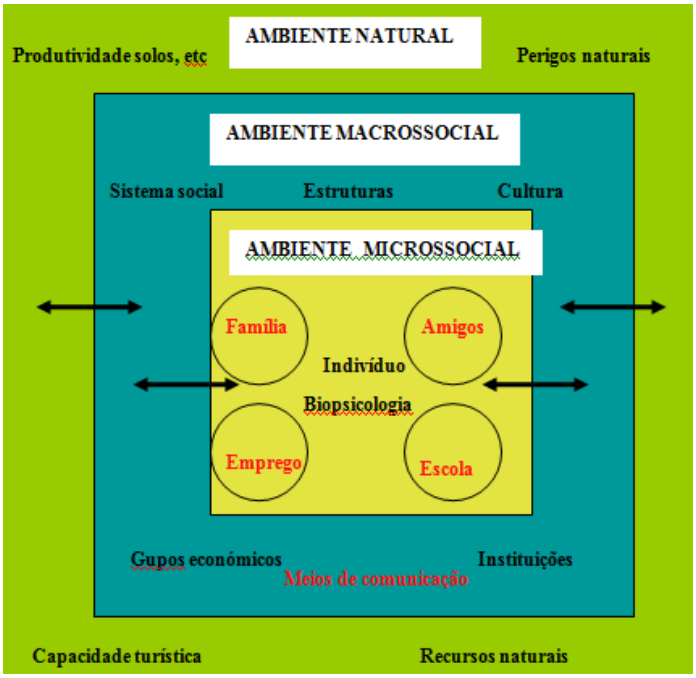
Porque se começa a fumar?

Após aturadas investigações, admite-se que não existe uma causa única que explique esta conduta. Parece haver um conjunto de factores complexos e inter-relacionados que predispõem os mais jovens a fumar (Ulster Cancer Foundation, 1988; Mendoza, Pérez & Foguet, 1994). Por outro lado, sabe-se que os factores que podem levar as pessoas a começar a fumar diferem de indivíduo para indivíduo, o que torna os esforços preventivos complexos, pois trata-se de agir sobre uma realidade heterogénea. Não obstante a complexidade desta conduta, existem algumas teorias que pretendem explicar porque é que os jovens começam a fumar e que podem ter um valor importante na orientação dos esforços preventivos.

Segundo Mendoza, Pérez e Foguet (1994), os comportamentos de saúde, tal como muitos outros, são determinados por factores individuais (biológicos, psicológicos), micro-sociais (família, escola, amigos), macro – sociais (em que os *media* têm um papel

preponderante), ambientais, culturais, económicos, etc., que estão representados no esquema da figura 1.

Figura 1. Determinantes do consumo de tabaco



Este esquema, para além de dar uma ideia da complexidade da etiologia dos comportamentos humanos, releva a necessidade de actuar globalmente, em todas as esferas, sistemas e sub-sistemas da vida humana, para se obterem mudanças de comportamento efectivas, sustentáveis e duradoiras.

Da análise do esquema da figura 1, pode dizer-se que a interacção das influências sociais e ambientais, com as características individuais e a predisposição do indivíduo a ser susceptível a tais influências, parece ter um papel importante no início da experimentação com cigarros. Num artigo sobre "Prevenção do Tabagismo em Meio escolar", publicado na Revista Portuguesa de Saúde Publica, que está on-line (Precioso, 2006), descrevem-se pormenorizadamente os principais factores pessoais, sociais e ambientais, relacionados com o consumo de tabaco e sugerem-se algumas actividades para os contrariar.

O PROCESSO DE APRENDIZAGEM DE FUMAR: A "CARREIRA DE FUMADOR"

Embora o consumo de tabaco esteja relacionado com os factores descritos anteriormente, ninguém nasce fumador e ainda por cima "por geração" espontânea". Aprende-se a fumar ao longo de uma série de passos que habitualmente são designados por "carreira do fumador".

Na opinião de Nutbeam, Mendoza & Newman (1988), o hábito de fumar desenvolve-se, em quatro ou cinco etapas, até a criança se tornar fumadora dependente: a preparação, a iniciação/experimentação, a habituação (consumo regular/instalação do hábito) e a manutenção/dependência (consumo dependente).

A fase de "Preparação" vai do nascimento ao início da adolescência. É caracterizada pelo facto de a criança ainda não ter fumado mas começar a criar expectativas e a formar atitudes que a poderão conduzir a experimentar o primeiro cigarro (iniciação). Na formação de uma atitude positiva em relação a fumar são particularmente fortes o uso do tabaco pelos pais, a opinião dos pais e os meios de comunicação social, em especial a televisão. (Nutbeam, Mendoza & Newman, 1988; Becoña & Vázquez, 1996; 1998). A atitude (positiva ou negativa em relação ao tabaco) está relacionada com o processo de socialização primária que ocorre no meio familiar, com o início do processo de socialização secundária, que ocorre na escola (com os amigos) e através dos "media" (Flay, 1985; Vries, 1989). Estes progenitores têm provavelmente uma atitude mais permissiva em relação ao tabaco e por isso não tentam exercer qualquer controlo do tabagismo nos filhos.

A fase de "Iniciação" e "Experimentação" consiste na primeira prova do cigarro e está associada ao processo de socialização secundária que decorre, em particular, na escola com os amigos mais próximos e, também, por intermédio dos "media". Ocorre dos sete aos 14 anos. Na experimentação do cigarro são particularmente fortes as seguintes influências: a curiosidade natural de todas as crianças desta idade; o uso do tabaco pelos amigos íntimos; uso do tabaco pelos pais; os "media", especialmente a televisão e as revistas; a facilidade de arranjar cigarros; o desejo de aceitação social; a curiosidade relativamente aos hábitos dos adultos (Becoña & Vázquez, 1996; 1998; U.S.D.H.H.S., 1994).

Embora cerca de 90% da população tenha experimentado fumar e muitos não tenham prosseguido, o risco de vir a fumar regularmente aumenta se a experimentação com o tabaco se repetir mais de 4 a 5 vezes. Os estudos sugerem que 70 ou 90% dos fumadores iniciais que fumam 4 a 5 vezes podem vir a fumar regularmente (DiFranza, 2002). Os estudos revelam igualmente que quanto menor for o intervalo entre fumar o primeiro cigarro e os seguintes, maior será a probabilidade de se estabelecer a dependência do tabaco (Becoña & Vázquez, 1996; 1998).

A fase de Habituação ocorre geralmente durante a adolescência e é caracterizada pelo facto de o adolescente começar a fumar com alguma regularidade (pelo menos um cigarro por semana). Os principais factores psicossociais de risco associados a este tipo de consumo são: ter amigos fumadores, estar envolvido em situações sociais em que os amigos apoiam o consumo, ter baixa auto-eficácia e capacidade de recusa, ter disponibilidade de cigarros, percepcionar que fumar é útil para a pessoa, ter poucas restrições a fumar na escola e na comunidade. A "Aquisição" do hábito está relacionada com o reforço do hábito por experiências físicas, sociais e psicológicas positivas relacionadas com o uso do tabaco. São particularmente influentes na aquisição do hábito de fumar as convicções sobre os efeitos do tabaco (por exemplo: "acalma", " dá confiança", "controla o peso"); a aceitação ou subestima dos riscos para a saúde; a conduta dos amigos relativamente ao tabaco (incluindo a dos irmãos); a imagem de si próprio; a acessibilidade e o preço dos cigarros.

Na fase de Manutenção/Dependência, o indivíduo continua a fumar devido à dependência física da nicotina e à dependência psicológica e social Becoña & Vázquez, 1996; 1998; U.S.D.H.H.S., 1994).

A passagem a cada fase está relacionada, como veremos, com um conjunto de factores bio, psico, sociais e ambientais.

A "Manutenção" do hábito e a dependência consistem no estabelecimento do consumo diário de fumar e ocorrem geralmente no final da adolescência e início da idade adulta. Para o estabelecimento da dependência contribuem os factores citados para a fase precedente, a que se associam a dependência à nicotina e a dependência psicológica.

É importante salientar que o trajecto seguido por um fumador pode não ser linear, ou seja, um adolescente que experimente fumar, poderá não vir a seguir os restantes passos da "carreira" e, geralmente, o número de crianças que passa de uma fase à seguinte vai diminuindo (Nutbeam, Mendoza & Newman, 1988). Em cada estágio existe a opção de sair da "sequência". Durante a juventude, regista-se uma oscilação entre a experimentação, o consumo habitual e o abandono do tabaco, podendo o comportamento dos adolescentes variar com a mudança de amigos, de escola e de estilo de vida. Muitas crianças depois de terem experimentado fumar decidem não repetir a experiência, enquanto outras continuam a fazê-lo, muitas vezes, até se transformarem em fumadores habituais.

Nutbeam, Mendoza e Newman (1988) alertam para o facto de que ser fumador habitual durante a adolescência não significa necessariamente que se continue a sê-lo na idade adulta, mas é geralmente preditivo da instalação da dependência do tabaco.

VIAS PARA A PREVENÇÃO DO CONSUMO DE TABACO EM ADOLESCENTES

Já vimos que a adolescência, é a fase do ciclo de vida em que a maioria dos fumadores/as começam a fumar e se tornam fumadores regulares (fumar pelo menos um cigarro por semana). Os/as adolescentes sofrem durante este período um conjunto de influências micro e macro sociais, e ambientais que o/as podem levar a fumar. O adolescente vai aprendendo a fumar, como aprende outros comportamentos. A aprendizagem começa na família, prossegue na escola, continua com os amigos, com os adultos, com os media, no ambiente social e natural, etc. Este processo de aprendizagem, desenrola-se na aldeia cada vez mais global.

A prevenção do consumo de tabaco deverá consistir em contrariar esse vasto conjunto de factores de risco e promover os factores protectores. A família e a escola, pelo impacte que têm no processo de socialização, devem ser promotoras das acções de prevenção. Defende-se hoje que a prevenção do consumo de tabaco na escola (e não só) deve ser feita de forma global e abrangente, dirigida aos vários factores de risco associados ao consumo (Nunes, 2002). Convém referir que não são preconizadas a aplicação de medidas isoladas. Uma vez que os comportamentos são determinados por factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, para podermos modificar ou alterar essa conduta teremos que actuar através de programas que pretendam agir sobre esse conjunto de factores. Após uma vasta revisão bibliográfica sobre políticas de controlo do tabagismo e com base nas publicações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Guidelines for School Health Programs to Preventing Tobacco Use and Addiction* (Centers for Disease Control and Prevention, 1994a); e *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programa*s (Centers for Disease Control and Prevention, 1994b), na excelente apresentação de Cheryl L. Perry and Jean L. Forster (2002) *Youth Smoking: Can it Be Prevented or Reduced*?; utilizando como referência a vasta documentação produzida pelo professor Elisardo Becoña da Universidade de Santiago de Compostela sobre este assunto (Becoña, Palomares, & García,1994; Becoña,1995), baseados no programa Galego Contra o Tabagismo (Xunta de Galicia, 1993) pensamos que as vias mais eficazes para prevenir o consumo de tabaco pelos jovens incluem uma combinação das seguintes abordagens:

1. Programas baseados no currículo escolar; 2. Modificações ambientais (escolas sem tabaco; leis que restrinjam a permissão de fumar em locais públicos, etc.); 3. Envolvimento dos pais; 4. Programas de Cessação para Adolescentes; 5. Estratégias de Restrições do Acesso ao Tabaco (limitação da idade de compra de tabaco; proibição da venda em máquinas automáticas; locais específicos de venda; etc.) 6. Campanhas nos media; 7. Proibições à publicidade e promoção do tabaco e aumento dos preços.

Tal como referimos na introdução, a selecção, adaptação ou construção de qualquer

programa preventivo, exige uma revisão bibliográfica dos existentes. Embora seja fácil encontrar artigos e publicações em que esses programas são referidos, nem sempre é fácil o acesso aos programas originais. Felizmente em Portugal já existem alguns programas e iniciativas que podem ajudar os interessados a seleccionar, a adaptar ou a construir um programa de prevenção. Faremos a seguir algumas referências a alguns programas curriculares passíveis de ser aplicados em meio escolar. Em seguida descrevem-se outras estratégias que podem ser adoptadas em meio escolar para prevenir o consumo.

Programas baseados no currículo escolar

O que são: Os programas baseados no currículo escolar são constituídos por um conjunto de sessões (normalmente entre 6 e 15 sessões, durante um ano lectivo), a ser desenvolvido nas aulas. Têm normalmente vários componentes. São aplicados com frequência no 2.º e 3.º ciclo mas devem ter sessões de reforço, pois a sua eficácia vai desaparecendo com o tempo.

Fundamentação: Atendendo a que: muitos alunos começam a fumar na adolescência e na escola; praticamente todas as crianças e adolescentes passam pela escola; o sistema de ensino conta com a existência de pessoas qualificadas como são os professores; uma das missões mais nobres da escola, é educar para a saúde, devem, pelas razões apontadas, ser aplicados na escola programas curriculares, destinados a contrariar as influências que possam levar os alunos a começar a fumar.

Objectivos: Prevenir o consumo de tabaco; atrasar o início do consumo; reduzir a prevalência de fumadores; reduzir o consumo;

Estratégias/recursos: Em Portugal temos, entre outros programas preventivos, o programa " Não fumar é o que está a dar" e "Querer é poder".

O programa "Não fumar é o que está a dar"

O Programa de prevenção do consumo de tabaco "Não fumar é o que está a dar" (Precioso, 2000) é um programa intensivo, específico e transversal, de prevenção do consumo de tabaco, do tipo das influências psicossociais, constituído por um conjunto de 15 sessões semanais de uma hora, dirigidas aos alunos do 7.º ano de escolaridade (que são os alunos em maior risco de começar a fumar) e a ser aplicadas nas disciplinas de Ciências Naturais, Língua Portuguesa, Educação Visual, Matemática e Educação Física.

As sessões do programa "Não fumar é o que está a dar" estão agrupadas em seis componentes básicos: Informações sobre o fumo do tabaco; Construir uma atitude sobre fumar; Tomar uma decisão sobre o futuro uso do tabaco; Corrigir a percepção exagerada do número de amigos fumadores; Resistir às influências sociais para fumar

Um componente corresponde a uma sessão ou a um conjunto de sessões dirigidas a contrariar um determinado factor de risco associado ao começo de fumar pelos jovens. É um programa que também está publicado (Precioso, 2000) e cujas sessões podem ser consultadas na *internet* no seguinte endereço: http://www.iep.uminho.pt/precioso/tabagismo. O programa que lhe serve de reforço designado por "Aprende a cuidar de ti", destina-se a alunos do 8.º ano e é para ser aplicado no ano seguinte nas disciplinas de Ciências Naturais, Português e Matemática (Precioso, 2001). Conforme já foi dito, para além de constituir um reforço do programa principal, pretende simultaneamente desenvolver no aluno a intenção de optar por um estilo de vida saudável.

O programa "Querer é poder"I e II

O programa "Querer é Poder I", é constituído por um conjunto de 6 sessões e destina-se a jovens dos 12 aos 14 anos, desenvolvido em Portugal no âmbito do European Smoking Prevention Framework Approach (Vitória, Raposo, Peixoto & Clemente, 2000).

Tal como outros programas do tipo psicossocial, possui, entre outros, quatro componente básicos: um componente informativo que proporciona aos alunos a compreensão das consequências negativas de fumar para a saúde; um componente que ajuda os alunos a identificar a procedência das influências para fumar; um componente de treino em habilidades sociais para resistir às pressões dos companheiros para fumar e um componente em que os alunos se comprometam publicamente a não fumar e exponham as razões que os levam a tomar essa decisão.

O Programa "Querer é poder II" tem um programa complementar de reforço para ser aplicado no 8.º ano de escolaridade. A função das sessões de recapitulação é manter o efeito do programa nos alunos a quem foi aplicado. Estas sessões constituem fundamentalmente uma recapitulação das noções fornecidas durante a implementação do programa "Querer é poder I", (com as limitações impostas pelo tempo) e aborda a problemática do fumo passivo (Vitória, Raposo, Peixoto & Clemente, 2001).

Este programa pode ser adquirido através de pedido ao Conselho de Prevenção do Tabagismo - Lisboa.

Um estudo *quasi*-experimental, realizado entre 1997/2000 (Precioso, 1999), mostrou que o programa "Não fumar é o que está a dar" conseguiu alcançar resultados francamente positivos (pelos menos a curto prazo), no que respeita ao controlo de alguns factores de risco relacionados com o começo de fumar e à prevenção do consumo de tabaco. Constata-se que melhorou o nível de conhecimentos dos alunos; diminuiu a percepção por parte dos alunos de que os amigos gostariam que eles fumassem, provavelmente porque conseguiu persuadir os alunos a não pressionarem os amigos a fumar; melhorou a sua capacidade para dizer não; fortaleceu o sentimento de vulnerabilidade dos alunos e a sua preocupação com as consequências de fumar; incrementou uma atitude desfavorável relativamente ao consumo de tabaco e reduziu a percepção exagerada da percentagem de colegas (iguais) fumadores (sobrestima). O programa teve um efeito positivo na prevenção do consumo total de tabaco. Não obstante, a nota mais saliente é o facto de o programa ter conseguido resultados apreciáveis em prevenir o consumo diário de tabaco.

Face à demonstrada eficácia dos programas preventivos e o reduzido custo daquilo que poderíamos chamar de "primeira dose da vacina de prevenção contra o consumo de tabaco", pensamos que a aplicação dos programas deve ser generalizada a todas as escolas.

CONTINUIDADE DAS INTERVENÇÕES AO LONGO DO PERCURSO ESCOLAR

Os resultados conseguidos, na prevenção do consumo de tabaco, com a implementação de programas intensivos e multidisciplinares, na idade de maior risco, (dos 11-12 anos e no 7.º ano de escolaridade ou mesmo mais cedo), só podem ser mantidos ou mesmo reforçados se houver continuidade ao longo de todo o percurso escolar dos alunos (Becoña, Palomares & García, 1994; Centers for Disease Control and Prevention, 1999).

É importante que, no ensino secundário, os professores façam sessões de reforço com os alunos que incluam as seguintes estratégias:

1. Em trabalho de grupo, fazer uma lista de aspectos negativos e positivos relacionados com o consumo de tabaco. Discutir se os aspectos positivos apontados pelos alunos o são efectivamente (ex. controla o stress; ajuda a emagrecer ou a manter o peso) e se não podem ser atingidos por outras vias mais saudáveis (praticar desporto, p.ex.).

2. Listar os projectos de vida (p. ex: ter filhos, praticar desporto, etc.) e ver de que forma o tabaco pode interferir na sua consecução.

3. Reanalisar as razões pelas quais se fuma e discutir a validade desses motivos.

4. Discutir situações em que os alunos foram confrontados com pressões para fumar e apresentar testemunhos da forma como se lidou com a situação.

5. Envolver os alunos em campanhas contra o tabaco e pela saúde.

Modificações no ambienta da escola: Escolas livres de tabaco

O que é?: Uma escola sem tabaco é uma escola onde é possível circular sem ser incomodado pelo fumo do tabaco e que, para além disso, tenha/tem uma política de prevenção tabágica clara, conhecida e assumida pela comunidade escolar (ESFA, 1998 33).

Fundamentação: As razões para criar uma escola sem tabaco consistem basicamente no facto de estar cientificamente provado que o fumo do tabaco, para além dos prejuízos que causa aos fumadores, prejudica seriamente a saúde das pessoas que estão expostas à poluição do fumo resultante da combustão do tabaco. Por outro lado, sabe-se que muitos alunos/as começam a fumar na escola, por influência dos colegas. A par das razões relacionadas com a saúde e a qualidade do ambiente, os motivos para justificar uma Escola sem Tabaco, incluem o facto da proibição de fumar na escola reduzir o número e o tipo de modelos que podem influenciar os jovens a fumar.

Objectivos: Proteger os não fumadores; prevenir a iniciação ao consumo; reduzir a prevalência de fumadores; reduzir o consumo; atrasar o início.

Estratégias: A política de prevenção tabágica da escola consiste basicamente na implementação da Lei de Prevenção do Tabagismo (Lei n.º 14/2007 de 14 de Agosto). Na alínea g) do artigo 4.º esta Lei determina que, é proibido fumar nos estabelecimentos de ensino.

Em resumo, no quadro da lei, os princípios para uma Escola sem Tabaco são os seguintes: os alunos, os professores e outros profissionais não podem fumar na escola; devem ser colocados na escola dísticos a informar da proibição de fumar.

O cumprimento desta limitação ao consumo de tabaco deve ser acompanhada de uma oferta de consultas de desabituação aos professores, funcionários e alunos fumadores, pelos Centros de Saúde que dão apoio à comunidade escolar. Devem por isso ser feitos esforços para incrementar a formação dos profissionais de saúde na desabituação tabágica e aumentar, a nível das unidades de saúde, a oferta de apoio técnico organizado às pessoas que desejem deixar de fumar. Devem ser desenvolvidas consultas antitabágicas em diversos tipos de unidades de saúde (IGIF, 1998).

Programas de desabituação para adolescentes

O que são? São iniciativas para facilitar o abandono por parte dos/as adolescentes que o queiram fazer.

Fundamentação: Os estudos epidemiológicos revelam que muitos/as adolescentes fumam diária ou ocasionalmente. Diversos estudos mostram que uma proporção muito elevada (70%) de jovens fumadores lamentam ter começado a fumar e que três em cada quatro jovens tentam deixar de fumar em qualquer ocasião (Nebot, 1999).

Estes estudos confirmaram a necessidade de complementar as intervenções de prevenção primária dirigidas aos alunos com programas de desabituação dirigidas aos jovens que estejam a fumar há algum tempo. É sabido que estas iniciativas para além da prevenção secundária são importantes para evitar que os mais novos sigam o exemplo dos mais velhos.

Objectivos: Reduzir a prevalência de fumadores; prevenir o consumo de tabaco.

Estratégias: Infelizmente entre nós, este tema tem merecido pouca atenção pela comunidade médica, daqui o nosso apelo, para que se comecem a desenvolver intervenções dirigidas aos adolescentes fumadores.

Envolvimento dos pais

O que é?: São iniciativas que visam envolver os pais em programas preventivos específicos ou inespecíficos, ou seja, programas dirigidos à prevenção do consumo de tabaco ou à promoção de estilos de vida saudáveis.

Fundamentação: Um estudo realizado por Precioso, Macedo & Rebelo (2007) revela que o facto dos pais fumarem em casa é um factor de risco adicional. Constata-se que a percentagem de alunos fumadores é maior no grupo de alunos filhos de pais/mães que fumam em casa, que no grupo de alunos filhos de pais fumadores que não fumam em casa ou que não fumam. O tabagismo dos pais, bem como as suas atitudes em relação ao tabaco, têm sido associados de uma forma constante com o tabagismo dos jovens. As crianças criadas em ambientes familiares em que os adultos não fumam e os pais desaprovam o consumo do tabaco, têm menos probabilidades de se tornar fumadores habituais. A influência dos pais parece máxima na fase de transição do consumo "experimental" para o consumo "regular". Se conseguirmos influenciar o tabagismo dos pais e as suas atitudes perante o tabaco, isso ajudará a reduzir o tabagismo dos jovens.

O envolvimento dos pais nas acções de prevenção primária é muito importante pelos seguintes motivos: para deixarem de constituir um mau exemplo para os filhos; para terem maior autoridade para recomendar aos filhos a adopção de comportamentos saudáveis, em geral, e de não fumar em particular; para se envolverem mais activamente na prevenção do consumo de tabaco pelos filhos; para criarem um ambiente de apoio, passivo e activo, ao que é desenvolvido na escola.

Objectivos: Prevenir o consumo de tabaco pelas crianças e adolescentes; prevenir a exposição ao fumo ambiental do tabaco no domicílio; promover a cessação do tabagismo nos pais.

Estratégias: No que diz respeito ao hábito de fumar, deve explicar-se aos pais os malefícios de fumar e encorajá-los a deixar de o fazer para não constituírem um mau exemplo para os filhos, ou seja, evitar o efeito de modelagem; a apresentar aos seus educandos, os prejuízos do fumo e os benefícios de não fumar; a acompanhar os filhos mais de perto e a controlar melhor o dinheiro que lhes disponibilizam (Precioso, 1999; Mendoza, 1999). Esta mensagem pode ser passada pelos próprios alunos (filhos ou educandos), através do seu envolvimento em campanhas organizadas na escola, por exemplo, no âmbito da disciplina de Formação Cívica ou na Área de Projecto. É também uma forma de ensinar os alunos a participar na vida social e comunitária. O envolvimento dos pais na Promoção da Saúde e da Educação para a Saúde poderá ser feito também pelo director de turma ou através da organização de reuniões, colóquios ou outras actividades, na escola. Os jornais escolares são uma via para atingir os pais. Muitos encarregados de educação não lêem jornais diários ou semanários mas lêem certamente as publicações escolares, pois sabem que podem ter notícias relevantes sobre as actividades realizadas na escola dos seus filhos.

As Associações de Pais devem ajudar a escola nos seus esforços preventivos organizando jornadas de sensibilização para os pais dos alunos. Outra forma de atingir os pais, que por motivos vários não participam nas acções promovidas pela escola, é através de correspondência.

Por estas vias, consegue-se a indispensável coerência entre o que é ensinado na aula e na família e garante-se o indispensável contributo da educação familiar (Precioso,

1999).

Programa Domicílios Livres de Fumo

O objectivo é garantir que os pais/mães não fumam e/ou não permitam que se fume em casa e no carro. No fundo trata-se de capacitar os alunos a protegerem-se desta agressão.

As estratégias que os professores deverão desenvolver com as crianças na sala de aula são as seguintes:

- Pequena abordagem ao problema do fumo activo e passivo (forneceremos aos professores uma apresentação sobre o tema).
- Elaboração de pequenos trabalhos (cartas, desdobráveis, ou fundamentalmente um dístico de não fumador…) para a escola enviar aos pais fumadores.
- Exercícios de role-playing, nos quais um aluno representa o papel de criança e outro (ou o professor/a) de pai. A criança tenta convencer o pai a não fumar em casa.
- Envio de um desdobrável sobre fumo activo e passivo aos pais.
- Assinatura de uma declaração entre pai e filho, em que o primeiro se compromete com a criação de um domicílio sem fumo.

Controlo do acesso ao tabaco

O que é? Trata-se de um conjunto de medidas que visam dificultar a compra de cigarros pelos jovens.

Fundamentação: O determinante imediato de uma conduta é a intenção, no caso do tabagismo, de vir a fumar. A concretização desta intenção depende a inexistência de barreiras e/ou de habilidades para as vencer. Uma barreira importante ao consumo de tabaco, é o preço dos cigarros, ou a falta de dinheiro para o comprar. Sabe-se que um factor de risco é o excesso de excesso de dinheiro nos adolescentes o que facilita a aquisição de cigarros (Mendoza, 1999).

Estratégias: As escolas podem dificultar o acesso dos adolescentes ao tabaco se adoptarem dispositivos de comércio electrónico, os quais permitiriam aos pais carregar um cartão com determinada quantia, e dessa forma os filhos só poderiam gastar o dinheiro em produtos vendidos na escola.

OUTRAS INICIATIVAS PREVENTIVAS

"Smoke-free Class" **(Turmas sem fumadores)**

Alguns países europeus, incluindo Portugal, estão a adoptar uma estratégia extracurricular designada por "*Smoke-free Class"* (Turmas sem fumadores) que consiste num concurso de âmbito nacional e europeu, no qual o conjunto de alunos de uma turma se comprometem a não fumar durante um determinado período de tempo e a desenvolver um conjunto de actividades sobre o consumo de tabaco (designadamente a elaborar um *slogan)* (Savolainen, 1998; Wiborg & Hanewinkel,1999). Aqueles que se mantiverem não-fumadores durante esse período de tempo, receberão um prémio e poderão submeter-se a um concurso de nível nacional e europeu, habilitando-se a receber prémios com valor significativo (Wiborg & Hanewinkel,1999). É uma estratégia que utiliza incentivos (prémios) e que orienta e manipula a pressão do grupo para a manutenção da abstenção de fumar. Nesta caso, a pressão do grupo é dirigida a encorajar os alunos a não fumarem contrariamente ao que é habitual que é para que estes experimentem e continuem a fumar. Esta via é muito importante pois, se é necessário desenvolver competências de recusa, é

preciso ter consciência da dificuldade de "remar contra a maré", isto é, de o jovem querer pertencer a um grupo sem fazer o que o grupo pretende. Por isso, o melhor é mudar o "sentido da corrente" agindo no sentido de fazer com que o grupo, ou alguns dos seus elementos, deixem de exercer pressão para que os colegas fumem.

Outras iniciativas extra-curriculares "mais convencionais" como as competições e eventos sem-tabaco, sessões de informação e formação para a comunidade escolar devem ser mantidas e melhoradas.

Clubes "Caça cigarros" *(Smokebuster)*

Os programas dirigidos a jovens fora do âmbito escolar como os dos clubes de "Caça cigarros" (Smokebuster), oriundos da Grã-Bretanha e que actualmente se generalizaram por vários países incluindo Portugal, devem continuar a sua acção. O seu interesse consiste em reforçar a atitude dos alunos a manterem-se não fumadores e a intervirem no seu ambiente familiar e comunitário, criando condições mais favoráveis ao controlo do tabaco (Nebot, 1999).

CONCLUSÕES

O consumo de tabaco é um problema em expansão nos mais jovens particularmente nas raparigas. É sinal de que a prevenção ainda não está a dar os resultados preventivos e por isso urge desenvolver e aplicar medidas e programas preventivos na escola, eficazes. A adopção de tais medidas ou programas, carece de uma revisão bibliográfica sobre os factores de risco e protectores associados ao consumo e dos programas preventivos eficazes. Este artigo procurou fazer uma síntese do estado actual do conhecimento sobre determinantes do consumo de tabaco e programas preventivos curriculares (adaptado à realidade escolar portuguesa) para facilitar aos interessados a escolha de abordagens mais eficazes. Sem prejuízo de continuarem a revisão bibliográfica e a investigação nesta área, pensamos que é tempo de acção. Já conhecemos o suficiente sobre o problema, já temos algumas "armas" e estratégias, agora só falta aplicá-las e os resultados certamente aparecerão.

BIBLIOGRAFIA

Becoña, &. & Vázquez, F.(1996). La Prevención del Tabaquismo: una necesidad para la mejora de la salud y del bienestar. *Extensiones*, 3(1 e 2), 21-29.

Becoña, E. & Vázquez, F.(1998).*Tratamento del tabaquismo*.Madrid: Dykinson.

Becoña, E.(1995). El consumo de tabaco en Galicia: prevalencia y medidas a tomar para la reducción del numero de fumadores. In Becoña, E., López, A. e Bernard, I.1995. *Drogodependências II. Drogas legales*. Santiago de Compostela: Magister em drogodependências. Universidade de Santiago de Compostela..

Becoña, E., Palomares, A. e García, Mª (1994). *Tabaco y Salud: Guia de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.

Bellew, B. y Wayne, D. (1991). Prevention of smoking among schoolchildren: a review of research and recommendations. *Health Education Journal*, 50 (1), 3-7

Brandão, Mª (2002). *Atitudes, conhecimentos e hábitos tabágicos dos professores dos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico do Porto*. Faculdade de Medicina e instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

Centers for Disease Control and Prevention.(1994) *Guidelines for School Health Programs to Preventing Tobacco Use and Addiction*. U.S.Department Health and Human Service. MMWR; 43(rr-2)1-20.

Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, Smith, R. e Todd, J. (Editores). (2000) *Health and Health Behaviour among Young People*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Currie, C., Roberts, C.; Morgan, A.; Smith, R.; Settertobulte, W.; Samdal, O. *e* Rasmussen, B..(2004) *Young people´s Health in context*. Health Behaviour in Scholl-aged Children (HBSC). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

DiFranza, J, Savageau, J., Rigotti, N., Flectcher, K., Ockene, J., MacNeil, A., Coleman, M. y Wood. (2002)Development of symptoms of tobacco dependente in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco control*; 11:228-235.

ESFA. (1998)*Towards a smoke-free school: a step-by-step guide on how to create a smoke-free school*. Maastricht (documento no publicado).

Flay, B. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychology,* 4 (5) 449-488.

Hill, D. (1991). Causes of smoking in children. *World Conference on Tobacco and Health-The Global War-Proceedings of the Seventh World Conference on Tobacco and Health*, Perth Western Australia, 205-209.

IGIF (1998). *Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Lei n.º 14/2007 de 14 de Agosto.

Mendoza, R. (1999). Prevención del tabaquismo: un reto alcançable. En Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T, Henriques, R e Lacerda, T. (Coord.). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.

Mendoza, R., Pérez, M. & Foguet, J. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas com la salud (1986-1990*). Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Nebot, M. (1999). Prevención del tabaquismo en los jóvenes. En Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T, Henriques, R e Lacerda, T. (Coord.). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.

Nunes, E.(2002). *Consumo de tabaco: Estratégias de Prevenção e Controlo*. Lisboa: Cadernos da Direcção geral de Saúde.

Nutbeam, D., Mendoza, R. y Newman, R.(1988.). *Planning for a smoke – free generation*. Copenhague: Regional Office for Europe of the World Health Organization.

Precioso, J. (2001). *Educação para a prevenção do comportamento de fumar: avaliação de uma intervenção pedagógica dirigida a alunos do 3.º ciclo do Ensino Básico.* Braga: Universidade do Minho (Tese de Doutoramento). (Não publicada).

Precioso, J. (*2006).* Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Rev Port Clin Geral;22:201-22*

Precioso, J., Calheiros, J. & M. Macedo (2005). Exposición de niños a la contaminación ambiental por humo del tabaco en el domicilio. Un estudio transversal en Portugal. *Prevención del Tabaquismo,* 7(3), 85 - 90.

Precioso, J., Macedo, M., & Rebelo, L. (2007). Relação Entre o Tabagismo dos Pais e o Consumo de Tabaco dos Filhos: Implicações para a Prevenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23,* 259-266.

Precioso, J. (2001). "*Aprende a cuidar de ti*". Braga: Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga.

Precioso, J. (2000). "*Não fumar é o que está a dar: guia para o professor*". Braga: Casa do professor..

Precioso, J.. *A Educação para a Saúde na Escola: um estudo sobre a prevenção do hábito de fumar*. Braga: Minho Universitária.

Precioso, J. (1999). Não fumar é o que está a dar: caracterização e avaliação preliminar de um programa de prevenção do consumo de tabaco dirigido a alunos do 3.º ciclo. In Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T, Henriques, R & Lacerda, T. (Coord.).(1999) *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.

Savolainen, S. (Editora). (1998)*The Smokefree class competition: a european school- based anti-smoking campaign; an overview of the 1997/78 round in seven countries.* Helsinki: European of Network and Young People and Tobacco. National Public Health Institute. Department of Epidemiology and Health Promotion.

Sousa, A,, Pinto, A., Sampaio, D, Nunes, E., Baptista, Mª I. & Marques, P. (*2007). Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC); Direcção-Geral de Saúde (DGS) Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)

U.S.D.H.H.S. (U.S. Department of Health and Human Services). *(*1994). *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: Public Health Services. Centers for Disease Control and Prevention.

Ulster Cancer Foundation.(1988). *Smoking: basic facts*. Belfast: Tacade/ASH..

Vitória, P., Raposo, C. e Peixoto, F., Clemente, M. e Romeiro, A..(2000). Querer é poder I. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo..

Vitória, P., Raposo, C. e Peixoto, F., Clemente, M. e Romeiro, A..(2001).Querer é poder II. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.

Vries, H. (1989). *Smoking prevention in Dutch adolescents*. Maastricht: Dutch Cancer Foundation.

Wiborg, G. e Hanewinkel, R. (1999). Smokefree Class Competition: A Scholl-Based Prevention Programme in Europe. *Interaction*, 12, 15-16.

Xunta de Galicia (1993). *Programa Gallego de Promoción de la Vida sin Tabaco*. Santiago de Compostela: Documentos Técnicos de Salud Pública. Série A. N.º 3.

RELAÇÕES INTERPESSOAIS E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

Andreia Pacheco[1] & Alda Martins[2]

Resumo

Tem sido descrito na literatura que os estilos de vida que um sujeito adopta, e os aspectos destes derivados, como a alimentação, o sono, ou as relações interpessoais, podem exercer influência no estado de saúde experienciado. Este último será, muito certamente afectado pelos consumos de substâncias que o indivíduo faça. Neste sentido, procurámos compreender até que ponto as relações interpessoais que um jovem adulto mantém com as pessoas mais significativas para si, poderão ter algum peso na decisão de consumir substâncias lícitas e ilícitas. Concluiu-se que as relações interpessoais não parecem estar fortemente correlacionadas com os consumos, embora haja correlações fracas significativas no caso das relações com os colegas e o consumo de álcool, e dos amigos e os consumos de tabaco e álcool.

Palavras-chave

Relações interpessoais; consumo de substâncias; universitários.

INTRODUÇÃO

Como neste artigo procurámos compreender quais as relações existentes entre o consumo de substâncias e as relações interpessoais, neste caso em concreto, de estudantes universitários, para o enquadramento teórico procedemos a uma pesquisa no "Web of Knowledge".

Investigámos, então, essa base de dados com os termos "*interpersonal*", "*relation*", "*substance us**", "*substance abus**", "*consumption*", "*college student*" e "*university student*" (no título).

Podemos então afirmar que embora haja muitas publicações sobre os termos em separado (por exemplo, registam-se 59 artigos sobre relações interpessoais, 4801 relativos ao uso de substâncias, 5885 acerca do abuso de substâncias, 1310 com estudantes universitários e 72749 com a expressão "consumos"), não existem artigos até à data que relacionem as relações interpessoais com os estudantes universitários; só existem dez trabalhos sobre os consumos (de substâncias) e os alunos das universidades; e nunca foi feita nenhuma investigação sobre as relações interpessoais e os consumos de substâncias.

Assim sendo, de seguida passamos a analisar os dez artigos sobre as temáticas em questão, ao que se acrescentam outras referências bibliográficas complementares sobre os conceitos avaliados.

Embora no início as pesquisas sobre as relações interpessoais não apresentassem muita diversidade teórica (Ickes & Duck, 2000), a investigação mais recente tem procurado ultrapassar esta falha.

Neste âmbito, por exemplo, este trabalho pretende relacionar as relações interpessoais, enquanto parte integrante dos estilos de vida de um sujeito, com o consumo de substâncias que este fará, sendo este último um outro aspecto relativo ao estilo de vida adoptado (Alvarez, 1992).

1. Universidade do Algarve, Centro Universitário de Investigação em Psicologia. **aspacheco@ualg.pt**
2. Universidade do Algarve, Centro Universitário de Investigação em Psicologia. **acmartins@ualg.pt**

Quanto ao consumo de substâncias, os autores têm-se preocupado em compreender o seu impacto nos estilos de vida dos indivíduos (Smart & Ogborne, 2000), já que tem sido demonstrado, nomeadamente, que pessoas com consumos mais reduzidos apresentam maiores níveis de qualidade de vida (Murphy, McDevitt-Murphy, Barnett, 2005). Há também investigações que se preocupam com os aspectos legais que o estado de embriaguez pode levantar (Zirkel, & Bargerstock, 1980), e a validade de instrumentos distintos para avaliação dos consumos de substâncias (Svanum, McGrew, & Ehrmann, 1994).

Num estudo realizado com atletas estudantes de trinta desportos da National Collegiate Athletic Association (NCAA), os autores apuraram que o álcool tinha sido a substância mais utilizada no ano anterior, seguido da marijuana e tabaco (Green, Urvasz, Petr, & Bray, 2001). Tal variava em função do desporto praticado e do grupo étnico de pertença (existia mais consumo nos caucasianos).

Numa outra investigação que visava compreender os padrões de consumo de álcool em estudantes com e sem aulas à Sexta-feira, Wood, Sher, e Rutledge (2007) avaliaram 3341 voluntários universitários no decurso de oito semestres. Puderam concluir que os estudantes que não tinham aulas à Sexta-feira bebiam aproximadamente o dobro, nas Quintas-feiras, do que os estudantes que tinham aulas durante toda a semana (aqueles que só iniciavam as aulas de Sexta-feira após as 12 horas, consumiam aproximadamente o mesmo que os que não tinham aulas nenhumas nesse dia). Tal verifica-se mais nos homens do que nas mulheres. Não se encontraram evidências de consumos de álcool compensatórios nas Sextas-feiras e Sábados, nos universitários que frequentavam aulas às Sextas-feiras logo de manhã.

Kitsantas, Kitsantas, e Anagnostopoulou (2008) investigaram até que ponto a nacionalidade de um estudante influenciava os seus consumos de substâncias, através da análise das respostas de 132 americanos e gregos. Constataram que os americanos que bebiam mais eram mais novos e menos religiosos que os que apresentavam consumos mais moderados, ao passo que nos gregos os com maiores consumos de álcool tendiam a negar as consequências negativas da bebida, e eram menos monitorizados pelos seus pais, do que os sujeitos com consumos mais reduzidos de bebidas alcoólicas. Com base nos resultados encontrados os autores sugerem que a monitorização parental, e uma maior divulgação de informação sobre os efeitos negativos do álcool na saúde e vida académica e social dos jovens, podem ser meios eficientes para reduzir o consumo de álcool em estudantes.

A par da investigação previamente referida, existem outras investigações que parecem indicar que os consumos de substâncias, designadamente de álcool, estão relacionados à cultura na qual o indivíduo está inserido, sendo que em ambientes menos restritivos, os jovens adultos apresentam menos problemas de consumos e menos consequências negativas associadas ao álcool (Cronin & Ballenger, 1991; Delk & Meilman, 1996; Leavy & Alexander, 1992).

Outros autores que se dedicaram a estudar as consequências negativas do uso de substâncias em estudantes universitários, recorrendo ao "Core Alcohol and Drug Survey", da autoria de Presley, Meilman, e Leichliter (1998), e Presley, Meilman, e Lyerla (1993), confirmaram que uma parte dos itens acerca das consequências negativas podia ser explicada por dois factores, que designaram como as consequências pessoais e as consequências com os outros (Martens, Brown, Donovan, & Dude, 2005). Infelizmente para o nosso propósito, nenhum dos itens do instrumento, mesmo os denominados enquanto factor de "consequências com os outros" incluem os relacionamentos interpessoais com pessoas significativas para o sujeito.

Perspectivando a relação entre o estilo de vinculação em adultos e o uso de cigarros,

álcool e marijuana, Kassel, Wardle, e Roberts (2007) avaliaram 212 universitários, de modo a verificar se os estilos vinculativos influenciavam a frequência do uso de drogas e a motivação para o consumo em períodos de stresse. Os investigadores apuraram que existem correlações positivas significativas entre uma vinculação ansiosa e a frequência do uso de drogas e o uso motivado pelo stresse. Puderam ainda comprovar que a influência de um estilo vinculativo ansioso se fazia sentir primeiramente pelo seu efeito nas atitudes disfuncionais e auto-estima.

Uma outra preocupação dos investigadores, principalmente nos Estados Unidos, onde o conceito de "residências de estudantes" ("fraternities" e "sororities") está mais estabelecido, foi compreender até que ponto o espírito vivido nestes ambientes poderia afectar os consumos, tendo comprovado que membros activos das mesmas apresentavam mais episódios de consumo elevado de álcool, uso anual de marijuana e consumo corrente de tabaco (McCabe, Schulenberg, Johnston, O'Malley, Bachman, & Kloska, 2005). Salientam ainda que o consumo elevado de álcool e o uso anual de marijuana aumenta com a idade dos membros das residências.

Ao procurarem estabelecer uma relação entre o consumo de álcool e as características de personalidade e bioquímicas de estudantes universitários, Grange, Jones, Erb, e Reyes (1995) investigaram a frequência do uso de álcool, três valores bioquímicos individualmente, e traços de personalidade, de 88 universitários. Quanto aos resultados, sugerem que para os homens e as mulheres, o que motivará os seus consumos serão factores distintos, pelo que programas de intervenção deverão considerar estas variáveis de modo diferenciado. Um outro estudo também encontrou relações entre aspectos mais biológicos (o genotipo 5-HTTLPR) e os padrões de consumo (Herman, Philbeck, Vasilopoulos, & Depetrillo, 2003).

Em suma, estes estudos demonstram-nos a influência da cultura e meio social no consumo de substâncias. No entanto, resta esclarecer a influência directa da qualidade das relações interpessoais no consumo de substâncias. O objectivo deste estudo é, então, procurar perceber a relação existente entre as relações interpessoais dos jovens universitários e as tendências de consumo que estes apresentam.

METODOLOGIA

Participantes

Nesta investigação participaram 684 estudantes universitários da Universidade do Algarve, que na sua maior parte não exerciam mais nenhuma actividade profissional, e tinham nacionalidade Portuguesa. Destes, 258 eram homens e 426 eram mulheres, apresentando uma idade média de 23,64 anos (o sujeito mais novo tinha 17 anos, o mais velho 48 e a moda da idade era 21).

Instrumentos

Recorreu-se a dois instrumentos neste estudo, um com o propósito de caracterizar a amostra (o questionário de caracterização sociodemográfico de Pacheco, 2008) e outro para avaliar as relações interpessoais dos inquiridos e os seus consumos de substâncias (uma adaptação do "Questionário de estilos de vida", de Pacheco, 2005). Neste último, os indivíduos devem assinalar se as relações interpessoais que estabelecem com a família, amigos e colegas, são muito ou pouco satisfatórias, e se os consumos que fazem de álcool, tabaco, café e outras substâncias são reduzidos ou excessivos, numa escala de "1" a "6" ("Pouco satisfatórias/Reduzido" a "Muito satisfatórias/Excessivo").

Procedimentos

Contactaram-se todos os estudantes da Universidade do Algarve via *e-mail*, e os

sujeitos que quiseram colaborar voluntariamente na investigação visitaram um website onde os objectivos do estudo e os instrumentos estavam disponíveis. A recolha de dados teve lugar entre Fevereiro e Março de 2007, e estes foram analisados com recurso ao *software SPSS*, versão 15.0.

Resultados

Começando por analisar as médias das respostas dos participantes do estudo, verificamos que os inquiridos tendem a considerar que as relações interpessoais que mantêm com a sua família, colegas e amigos são bastante satisfatórias (*M* [satisfação da relação com a família] = 4.80; *M* [satisfação da relação com os colegas] = 4.42; e *M* [satisfação da relação com os amigos] = 5.20). Em relação aos consumos de substâncias que referem fazer, são da opinião de que estes são muito reduzidos (*M* [consumo de tabaco] = 1.79; *M* [consumo de álcool] = 2.11; *M* [consumo de café] = 2.40); e *M* [consumo de outras substâncias] = 1.25).

Procurando ainda perceber se existem relações entre as variáveis em estudo (conforme o Quadro 1), podemos acrescentar que as relações interpessoais com os colegas se correlacionam de modo significativo e positivo com o consumo de álcool (r = .114; p = .003); as relações com os amigos correlacionam-se significativa e positivamente com os consumos de tabaco (r = .119; p = .002) e álcool (r = .158; p = .000); o consumo de tabaco apresenta correlações significativas e positivas com os consumos de álcool (r = .272; p = .000), outras substâncias (r = .254; p = .000) e café (esta última correlação é já moderada [r = .390; p = .000]); o consumo de álcool parece correlacionar-se positiva e significativamente com o consumo de café (r = .260; p = .000), e moderadamente com o consumo de outras substâncias (r = .382; p = .000); e, por fim, os consumos de café e de outras substâncias correlacionam-se significativa e positivamente entre si (r = .124; p = .001). É de salientar que para as restantes variáveis avaliadas, não existem correlações significativas entre si, nomeadamente para as relações familiares.

Quadro 1. Correlações de Pearson significativas entre as relações interpessoais e os consumos de substâncias.

Itens	Relações com os Amigos	Relações com os Colegas	Consumo de Tabaco	Consumo de Álcool	Consumo de Café
Consumo de Tabaco	r = .119 p = .002				
Consumo de Álcool	r = .158 p = .000	r =.114 p = .003	r = .272 p = . 000		
Consumo de Café			r = .390 p = .000	r = .260 p = .000	
Consumo de Outras Substâncias			r = .254 p = .000	r = .382 p = .000	r = .124 p = .001

De modo a verificar se existem diferenças entre homens e mulheres, tanto na qualidade das relações interpessoais, como nos consumos de substâncias, recorreu-se ao Teste T para amostras independentes, sendo possível afirmar que os homens apresentam consumos estatisticamente mais elevados do que mulheres, no consumo de álcool (t = 5.784; df = 492.394; p = .000; *M* [consumo dos homens] = 2.45; *M* [consumo das mulheres] = 1.91) e de outras substâncias (t = 3.273; df = 376.347; p = .001; *M* [consumo dos homens] = 1.38; *M* [consumo das mulheres] = 1.17).

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, parecem existir evidências de que, de um modo geral, a satisfação com as relações interpessoais não se correlaciona com os consumos

de substâncias realizados pelos inquiridos, na medida em que as relações familiares não apresentam nenhuma correlação significativa com nenhum dos tipos de consumo, e as relações com os amigos e os colegas só apresentam relações significativas positivas, mas fracas, com os consumos de tabaco e álcool, e de álcool, respectivamente.

Deste modo, embora não pareça que a qualidade das relações interpessoais com entes significativos previna ou diminua o consumo de álcool, tabaco, café ou outras substâncias, por parte dos jovens adultos avaliados, também não existem dados concretos de que estas potenciem um aumento nos consumos gerais, apesar de poderem sugerir algumas categorias de consumo mais elevadas.

Os resultados encontrados têm duas particularidades, uma que se prende com a faixa etária dos inquiridos, e outra que se relaciona com o ambiente onde se inserem, uma vez que estudantes universitários são já jovens adultos, que tendem a estar mais distanciados dos seus pais (mesmo que não tenham ainda saído de casa, mais que não seja pelo tempo que despendem na Universidade a estudar e em aulas), e normalmente os seus colegas acumulam a função de amigos, pois não existe uma grande separação entre o espaço de trabalho e de lazer, dado que o estabelecimento de ensino que frequentam tanto serve de local de estudo como de convívio. Por estes motivos, acreditamos que os resultados obtidos podem não ser comprovados mediante um outro grupo-alvo.

Gostaríamos ainda de salientar que uma vez que procedemos à pesquisa bibliográfica no *"Web of Knowledge"* e como, até ao momento, não existem muitas publicações referentes às relações interpessoais e ao consumo de substâncias, e nenhuma que trabalhe os dois conceitos em conjunto, não nos é possível comparar os resultados obtidos com outras investigações, ainda que com amostras distintas.

CONCLUSÕES

Esta investigação parece sugerir que as relações interpessoais não estarão fortemente correlacionadas com os consumos, apesar de existirem correlações fracas significativas no caso das relações com os amigos e os consumos de tabaco e álcool, e dos colegas e o consumo de álcool.

Tal deixa em aberto algumas questões: devido à tendência do consumo de álcool e tabaco parecer ser potenciado pelas relações que o indivíduo estabelece com amigos e colegas, num contexto universitário, será que em jovens, ou em adultos inseridos noutros ambientes, esta propensão se mantém? Porventura relações interpessoais instáveis e desagradáveis para o sujeito propiciam outras formas de consumo? E no início da adolescência, será que a família também não exerce qualquer peso sobre a escolha do adolescente de consumir ou não, sendo a posição dos pares que predomina?

Sugerimos, então, que estes aspectos sejam avaliados em futuras investigações, e que algumas limitações deste trabalho sejam colmatadas, nomeadamente apurando qual os consumos objectivos que os inquiridos apresentam, e qual o número de horas que passam com a família, amigos e colegas.

REFERÊNCIAS

Alvarez, J. (1992). *Estilos de Vida, Habitos Y Aspectos Psicosociales de los Adolescentes: Estudio de la población de 10 a 19 años de Pozuelo de Alarcón y Leganés*. Dissertação de Doutoramento. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Cronin, C. J., & Ballenger, R. G. (1991). Alcohol use and negative consequences among American college students in West Germany. *International Journal of the Addictions, 26:* 1123-1136.

Delk, E. W., & Meilman, P. W. (1996). Alcohol use among college students in Scotland compared

with norms from the United States. *Journal of American College Health, 44:* 274-281.

Grange, L., Jones, T., Erb, L., & Reyes, E. (1995). Alcohol Consumption: Biochemical And Personality Correlates In A College Student Population. *Addictive Behaviors, 20 (I)*: 93-103.

Green, G., Urvasz, F., Petr, T., Bray, C. (2001). NCAA study of substance use and abuse habits of college student-athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine, 11 (1)*: 51-56.

Herman, A., Philbeck, J., Vasilopoulos, N., & Depetrillo, P. (2003). Serotonin Transporter Promoter Polymorphism And Differences In Alcohol Consumption Behaviour In A College Student Population. *Alcohol & Alcoholism, 38 (5)*: 446-449.

Ickes, W., & Duck, S. (2000). *The social psychology of personal relationships.* Chichester, England: Wiley.

Kassel, J., Wardle, M., & Roberts, J. (2007). Adult Attachment Security and College Substance Use. *Addictive Behaviors, 32*: 1164-1176.

Kitsantas, P., Kitsantas, A., & Anagnostopoulou, T. (2008). A Cross-Cultural Investigation of College Student Alcohol Consumption: A Classification Tree Analysis. *The Journal of Psychology, 142 (1)*: 5–20.

Leavy, R. L., & Alexander, D. A. (1992). Perceptions of drinking problems among undergraduate students in the United States and Scotland. *International Journal of the Addictions, 27:* 1179-1185.

Martens, M., Brown, N., Donovan, B., & Dude, K. (2005). Measuring Negative Consequences of College Student Substance Use: A Psychometric Evaluation of the Core Alcohol and Drug Survey. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 38:* 164-175.

McCabe, S., Schulenberg, J., Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., & Kloska, D. (2005). Selection and socialization effects of fraternities and sororities on US college student substance use: a multi-cohort national longitudinal study. Addiction, 100, 512-524.

Murphy, J., McDevitt-Murphy, M., & Barnett, N. (2005). Drink and Be Merry? Gender, Life Satisfaction, and Alcohol Consumption Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors, 19 (2)*: 184-191.

Smart, R., & Ogborne, A. (2000). Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addictive Behaviors, 25 (3)*: 455-460.

Svanum, S., McGrew, J., & Ehrmann, L. (1994).Validity of the Substance Abuse Scales of the MMPI-2 in a College Student Sample. *Journal of Personality Assessment, 62 (3)*: 427-439.

Wood, P., Sher, K., Rutledge, P. (2007). College student alcohol consumption, day of the week, and class schedule. *Alcoholism - Clinical and Experimental Research, 31 (7)*: 1195-1207.

Zirkel, P., & Bargerstock, C. (1980). 2 Current Legal Concerns In College-Student Affairs - Alcohol-Consumption And Psychiatric Separation. *Journal of College Student Development, 21 (3)*: 252-256.

SUBSTÂNCIAS PSICO-ACTIVAS NOS MANUAIS ESCOLARES DE 16 PAÍSES: ANÁLISE COMPARATIVA DA EXPLICITAÇÃO DE EFEITOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS E SOCIAIS

Catarina Dantas[1], Graça S. Carvalho[2] & Artur Gonçalves[3]

Resumo

O consumo de substâncias psico-activas, como o álcool, tabaco e outras drogas constitui um grave problema da sociedade actual. No presente estudo procedemos à análise comparativa da informação veiculada pelos manuais escolares de 16 países que integram o projecto internacional Biohead-Citizen (Carvalho *et al.*, 2004). Para o efeito, utilizou-se uma parte da grelha de Educação para a Saúde desenvolvida no âmbito daquele projecto, referente aos temas álcool, tabaco e outras drogas. Para cada um destes temas analisaram-se os seguintes 5 indicadores: *(i)* efeitos físicos, *(ii)* efeitos psicológicos e *(iii)* efeitos sociais; *(iv)* campanhas de prevenção e *(v)* ambientes de produção e consumo. A Finlândia é o país que mais se destaca, na medida em que é o que mais explora os três temas, todos de uma forma equitativa.

Palavras-chave

Drogas; educação para a saúde; análise de manuais.

1. INTRODUÇÃO

O consumo de álcool, tabaco e outras drogas constitui um grave problema da sociedade actual, sendo que os jovens em idade escolar são um dos grupos etários mais vulneráveis ao consumo destas substâncias. Por este motivo, a UNESCO (1986) reconheceu que a escola deveria funcionar como um centro de prevenção da toxicodependência, englobando esta dimensão na Educação para a Saúde. Esta decisão baseia-se, entre outros, no facto do universo escola (espaço físico e dimensão humana) representar o meio onde muitos jovens têm o primeiro contacto com as substâncias psico-activas mencionadas. Assim, caberá à escola capacitar os jovens para tomadas de decisão livres e, acima de tudo, responsáveis (Kemn e Close, 1995; Pike e Foster, 1995; Tones e Tilford, 2001; Aragão e Sacadura, 2002).

As substâncias psico-activas constituem um problema multidimensional, na medida em que afecta o indivíduo no seu todo (físico, psíquico e social), podendo conduzir a uma dependência fisiológica, e consequentemente afectar os diferentes sistemas sociais: micro-sistema (saúde, auto-estima, responsabilidade, liberdade, entre outros); meso-sistema (família, amigos, vida profissional…) e macro-sistema (direitos, recursos públicos, saúde pública…) (Bronfoembrenner, 1979; Negreiros, 2000; Ferreira-Borges e Filho, 2004).

Neste sentido, consideramos oportuno proceder a uma análise comparativa da informação veiculada pelos programas nacionais, no âmbito da transposição didáctica externa (Clément, 2004) de 16 países envolvidos no projecto Europeu "Biohead-Citizen" (Carvalho *et al.*, 2004) bem como pelos respectivos manuais escolares, os quais, na sua

1. LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga. **catarina.dantas@sapo.pt**
2. LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga. **graca@iec.uminho.pt**
3. LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga. **professorartur@hotmail.com**

generalidade, espelham os conceitos e as ideias dos programas nacionais no âmbito da Educação para a Saúde (Gonçalves, 2008). Os países seleccionados para este projecto diferem não só pela sua distribuição geográfica mas também, e principalmente, pelo seu desenvolvimento histórico, político e sócio-cultural, sendo 12 países Europeus (Alemanha, Chipre, Estónia, Finlândia, França, Hungria, Itália, Lituânia, Malta, Polónia, Portugal e Roménia), 3 Africanos (Marrocos, Moçambique e Senegal) e um do Próximo Oriente (Líbano).

Hipóteses

- Haverá diferenças significativas na abordagem do consumo das substâncias psico-activas nos manuais dos diferentes países?
- Haverá uma exploração equitativa no que respeita as dimensões física, psicológica e social desta problemática, nos manuais dos diferentes países?

2. METODOLOGIA

Para a análise de manuais utilizou-se uma parte da grelha de Educação para a Saúde desenvolvida no âmbito do projecto Biohead-Citizen (Carvalho *et al.*, 2004), referente aos temas álcool (Quadro 1), tabaco (Quadro 2) e outras drogas (Quadro 3). Para cada um destes temas analisaram-se os seguintes indicadores: *(i)* efeitos físicos; *(ii)* efeitos psicológicos; e *(iii)* efeitos sociais; *(iv)* campanhas; e *iv)* ambiente (Quadros 1 a 3).
Estes indicadores foram aplicados a um total de 76 manuais escolares do ensino básico e secundário dos 16 países envolvidos no referido projecto, distribuídos do seguinte modo: 3 manuais de Chipre (CY); 5 da Alemanha (DE); 2 da Estónia (EE); 1 da Finlândia (FI); 6 da França (FR); 5 da Hungria (HU); 11 da Itália (IT); 14 do Líbano (LB); 2 da Lituânia (LT); 2 de Malta (MT); 7 de Marrocos (MO); 2 de Moçambique (MZ); 1 da Polónia (PO); 12 de Portugal (PT); 1 da Roménia (RO) e 2 do Senegal (SN).

Quadro1. Grelha para o álcool.

3.2 ALCOHOL				
CONCEPTIONS	**INDICATORS**	**IMAGES** Nº occurrences	**TEXT** Nº occurrences	**ANNEX** HE-3.2.n
3.2. ALCOHOL ABUSE	Physical effects in the body: - digestive tract - circulatory system - nervous system - foetus disorders (of alcoholised mother) - hepatic diseases (cirrhosis) - other diseases			
	Psychological and behavioural effects: - euphoria, (outgoing) - irritability - impaired perception of time - memory disturbance - loss of behaviour control - addiction (dependence) - others (specify)			
	Social effects: - family disturbance: over-spending, children's illness - mortality rates - others (specify)			
	Anti-alcohol campaign - information - educational action - legal rules - promotion of healthy habits - fear contents - possible assistance (phone number, website…)			
	Environmental (and social) approach: - alcohol factories - notion of pleasure during consumption			
	Total Occurrences			

Os dados apresentados nos resultados referem-se à média das ocorrências encontradas na totalidade dos manuais de cada país, quer para o texto quer para as imagens. Comparou-se toda a informação recolhida com o objectivo de identificar as principais diferenças e semelhanças no que concerne a abordagem didáctica à prevenção da toxicodependência.

Quadro 2. Grelha para o tabaco.

3.1 SMOKING				
CONCEPTIONS	**INDICATORS**	**IMAGES** Nº occurrences	**TEXT** Yes / No	**ANNEX** HE-3.1n
3.1. SMOKING ABUSE	Unhealthy components of tobacco			
	Physical effects in the body: - respiratory tract - digestive tract - circulatory system - nervous system - foetus disorders (of smoking mother) - lung cancer - other diseases			
	Psychological and behavioural effects: - anxiety - addiction (dependence) - others (specify)			
	Social effects: - family disturbance: over-spending, children's illness - passive smoking - mortality rates - others (specify)			
	Anti-smoking campaign - information - educational action - legal rules - promotion of healthy habits - fear contents - possible assistance (phone number, website…)			
	Environmental (and social) approach: - tobacco factories - notion of pleasure during consumption			
	Total Occurrences			

Quadro 3. Grelha para as outras drogas.

3.3 OTHER DRUGS				
CONCEPTIONS	**INDICATORS**	**IMAGES** Nº occurrences	**TEXT** Yes / No	**ANNEX** HE-3.3.n
3.3. OTHER DRUGS ABUSE	Examples of other drugs: - amphetamines - cannabis - cocaine - heroin - ecstasy - others			
	Physical effects in the body: - digestive tract - circulatory system - nervous system - foetus disorders (of drug addicted mother) - transmitted diseases (AIDS, hepatitis) - other diseases			
	Psychological and behavioural effects: - euphoria, (outgoing) - impaired perception of time - memory disturbance - loss of behaviour control - addiction (dependence) - others (specify)			
	Social effects: - family disturbance: over-spending, children's illness - mortality rates - others (specify)			
	Anti-drugs campaign - information - educational action - legal rules - promotion of healthy habits - fear contents - possible assistance (phone number, website…)			
	Environmental (and social) approach: - drug traffic - notion of pleasure during consumption			
	Total Occurrences			

3. RESULTADOS

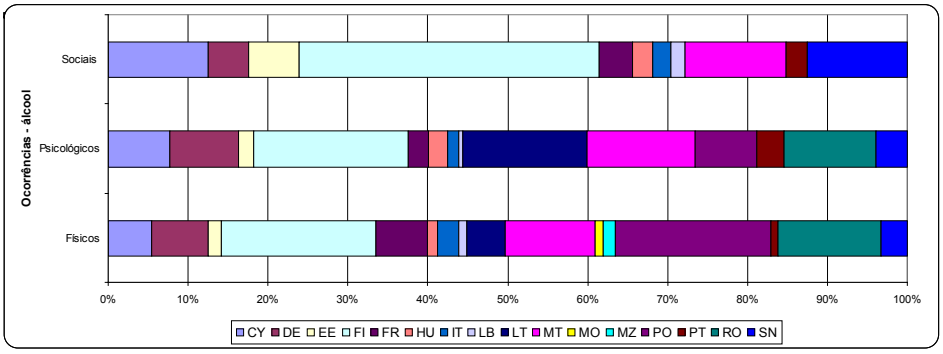
3.1. Efeitos físicos, psicológicos e sociais relativos ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas nos manuais escolares de 16 países

3.1.1. Ocorrências textuais

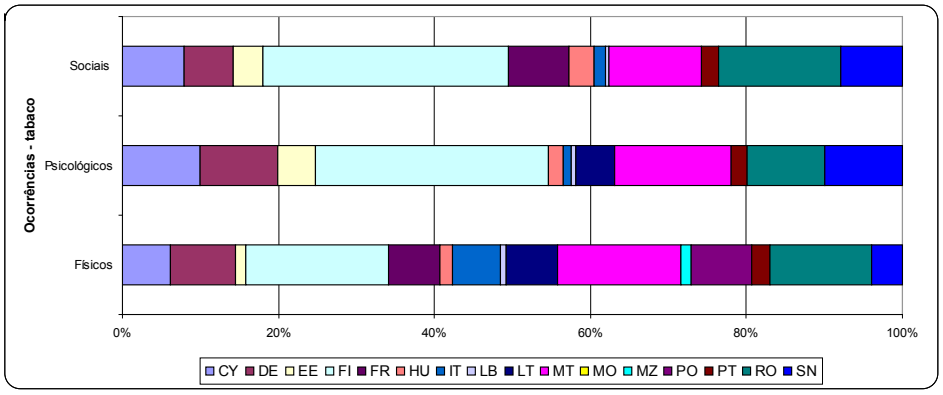
De entre todos os países, a Finlândia, seguida de Malta, é o que mais se destaca pelo facto de apresentar um maior número de ocorrências sobre os efeitos físicos, psicológicos e sociais em cada um dos temas: álcool (Figura 1a), tabaco (Figura 1b) e outras drogas (Figura 1c).

Figura 1. Contribuição de cada país para o total de ocorrências textuais nos efeitos físicos, psicológicos e sociais causados pelo álcool (1a), pelo tabaco (1b) e por outras drogas (1c).

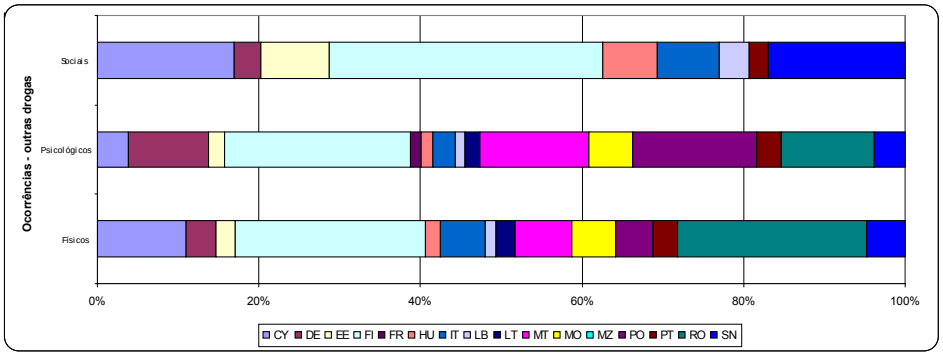
1a



1b



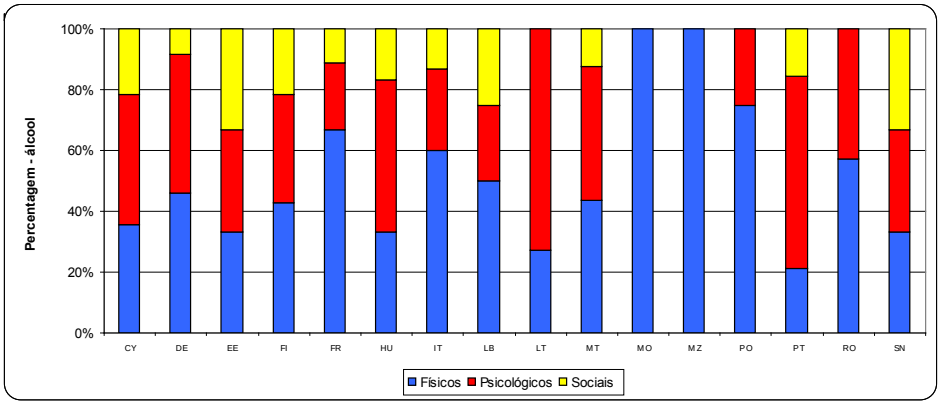
1c



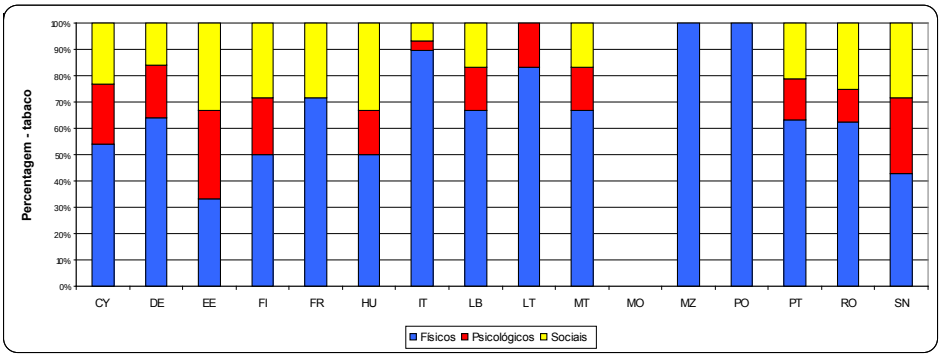
Os efeitos *físicos* do consumo destas substâncias psico-activas são os mais referidos nos manuais analisados de todos os países. Se por um lado todos os países referem os efeitos do álcool (Figura 1a; Figura 2a), por outro lado constata-se que os manuais de Marrocos (MO) não referem o tabaco (Figura 1b; Figura 2b) e os de Moçambique não referem as outras drogas (Figura1c; Figura 2c).

Figura 2. Efeitos físicos, psicológicos e sociais no texto dos manuais escolares de cada país relativamente ao álcool (2a), ao tabaco (2b) e às outras drogas (2c).

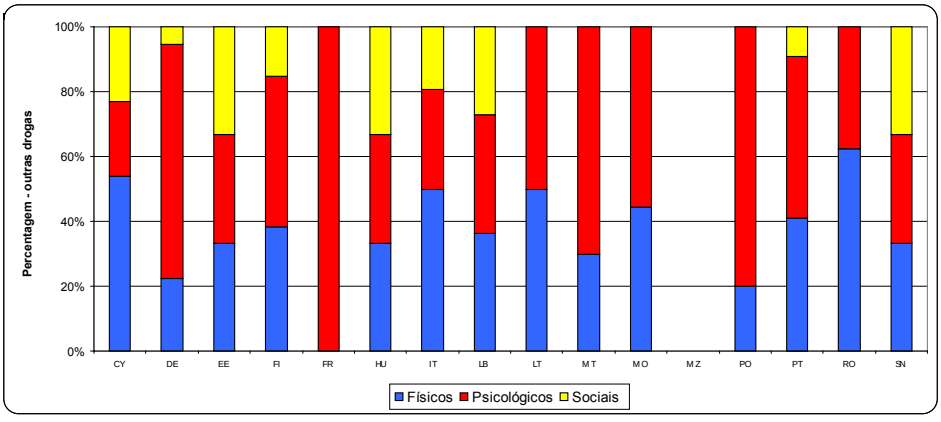
2a



2b



2c



Os manuais da maioria dos países referem-se às três dimensões dos efeitos do álcool, excepto os de Marrocos e Moçambique que apenas referem os aspectos físicos e os da Lituânia, Polónia e Roménia que não referem os efeitos sociais (Figura 1a; Figura 2a).

Por sua vez, a problemática do **tabaco** é explorada nos manuais de todos os países (à excepção dos de Marrocos), sendo que a França não aborda os aspectos *psicológicos*, a Lituânia não aborda os *sociais* e tanto Moçambique como a Polónia só referem os aspectos *físicos* do problema do tabaco (Figura 1b; Figura 2b).

Os manuais de todos os países (à excepção dos de Moçambique) trabalham o problema das **outras drogas**, referindo sempre a dimensão *psicológica*. Os manuais franceses são os únicos que não referem nem os aspectos *físicos* nem os *sociais*, enquanto que os da Lituânia, Malta, Marrocos, Polónia e Roménia não referem os aspectos *sociais* (Figura 1c; Figura 2c).

Assim, os países cujos manuais referem as três dimensões (física, psicológica e social) relacionadas com o consumo do álcool, tabaco e outras drogas são: Chipre, Alemanha, Estónia, Finlândia, Hungria, Itália, Líbano, Portugal e Senegal (Figura 1; Figura 2).

3.1.2. Ocorrências icónicas

Dos 16 países que fazem parte deste estudo, apenas 7 (Chipre, Alemanha, Finlândia, Itália, Líbano, Portugal e Roménia) apresentam imagens nos manuais escolares sobre aos efeitos das três substâncias psico-activas analisadas: álcool, tabaco e outras drogas (Figura 3). Os manuais da Hungria apresentam imagens do álcool e do tabaco. Por sua vez, os manuais dos outros países apenas retratam uma das substâncias psico-activas analisadas: na Lituânia, Marrocos e Polónia apenas retratam o álcool; em França e Malta apenas o tabaco; e na Estónia apenas as outras drogas (Figura 3). Moçambique não apresenta imagens relativas a qualquer destes temas

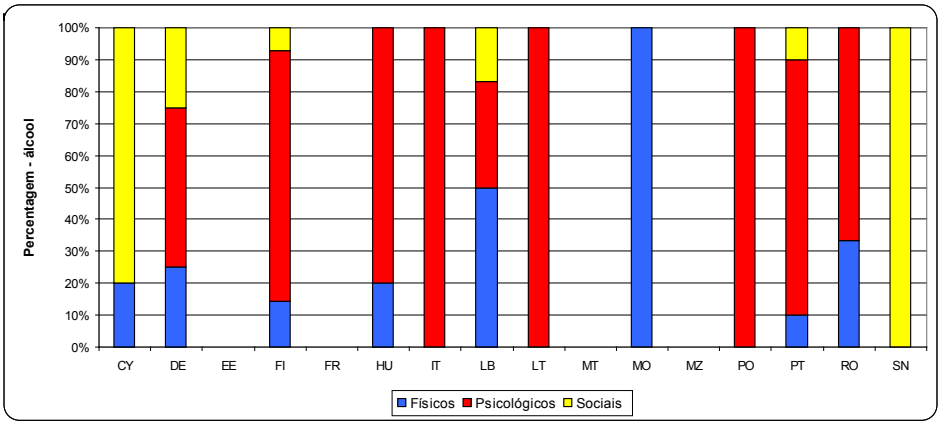
As imagens sobre o tema do **álcool** ocorrem nos manuais analisados de 12 dos 16 países, ilustrando principalmente os efeitos *psicológicos* do consumo desta substância psico-activa (Alemanha, Finlândia, Hungria, Itália, Lituânia, Polónia, Portugal e Roménia). Por sua vez, os manuais do Chipre e Senegal apresentam mais imagens referentes aos efeitos *sociais* do álcool enquanto que os manuais do Líbano retratam preferencialmente os efeitos *físicos* e os de Marrocos exclusivamente estes efeitos físicos (Figura 3a).

As imagens dos manuais dos 11 países (Chipre, Alemanha, Finlândia, França, Hungria, Itália, Líbano, Malta, Portugal, Roménia e Senegal) que referem o tema **tabaco** expressam preferencialmente os efeitos *físicos* desta substância (Figura 3b). No caso dos manuais da França, da Roménia e do Senegal apenas os efeitos físicos são explicitados.

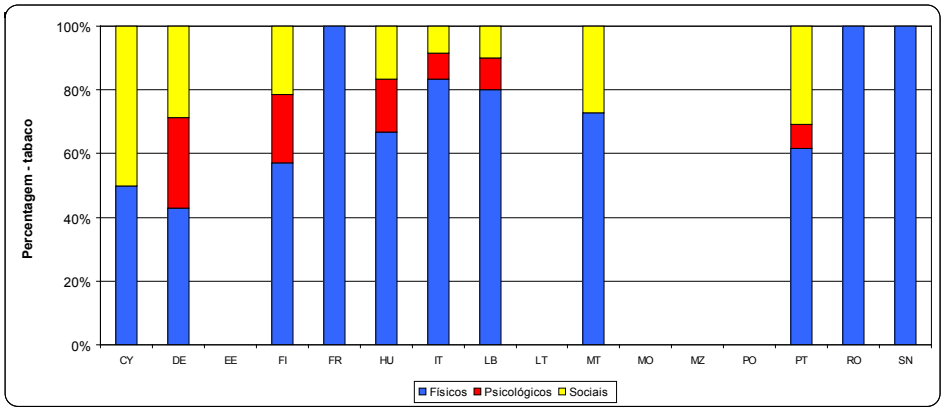
Apenas 8 países apresentam imagens sobre as **outras drogas**, sendo que as imagens dos manuais do Chipre, da Alemanha, da Finlândia e de Portugal expressam as três dimensões dos efeitos destes agentes psico-activos de uma forma relativamente equilibrada (Figura 3c). Por outro lado, as imagens dos manuais da Itália e da Roménia expressam exclusivamente os aspectos físicos e as do Líbano preferencialmente estes aspectos físicos. Finalmente as imagens dos manuais da Estónia explicitam exclusivamente os efeitos psicológicos das outras drogas (Figura 3c).

Figura 3 – Efeitos físicos, psicológicos e sociais nas imagens dos manuais escolares de cada país relativamente ao álcool (3a), ao tabaco (3b) e às outras drogas (3c).

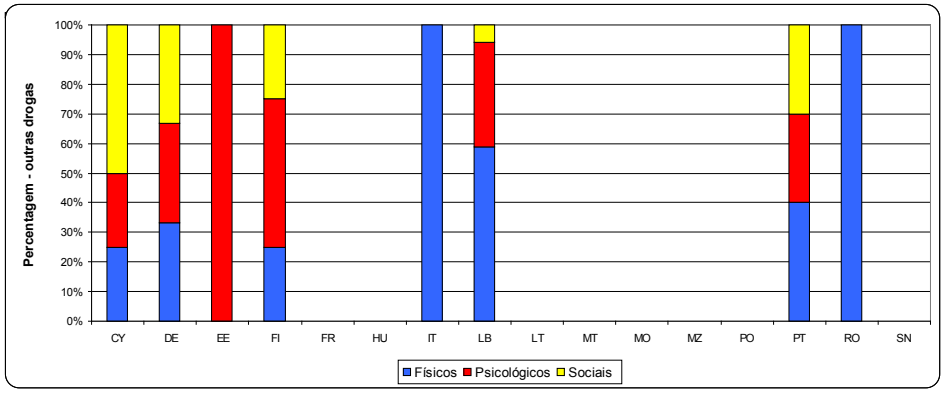
3a



3b



3c



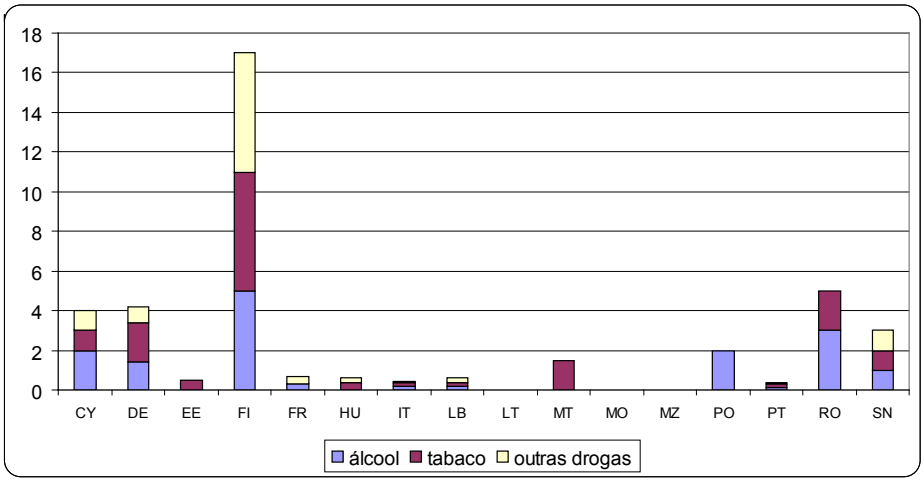
3.2. Comparação dos indicadores "Campanhas e Ambiente" entre países - Texto

Para além de analisar a explicitação dos efeitos (físicos, psicológicos e sociais) provocados pelas três substâncias psico-activas (álcool, tabaco e outras drogas), procurou-se neste trabalho verificar também a presença/ausência nos manuais escolares de alguns aspectos que nos parecem importantes quando tratamos estas temáticas, nomeadamente campanhas de prevenção e identificação de ambientes de produção e consumo destas substâncias psico-activas (fábricas/adegas, destilarias, comércio, situações de prazer, actividade grupal, tráfico etc.).

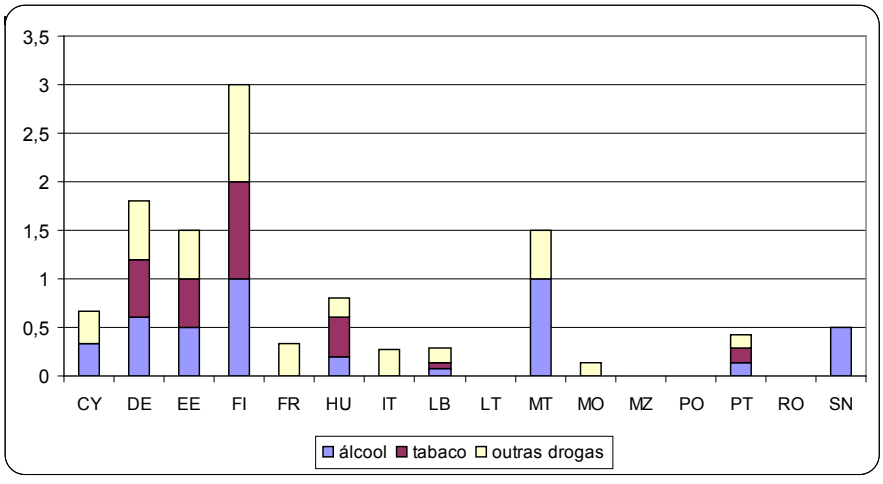
Os resultados apresentados na Figura 4 evidenciam mais uma vez a Finlândia, como o país que mais explora estas dimensões, quer ao nível de campanhas (Figura 4a) quer de ambientes (Figura 4b).

Figura 4 – Campanhas (4a) e ambientes de produção e consumo (4b) de álcool, tabaco e outras drogas em cada país.

4a



4b



Com excepção da Finlândia que apresenta grande equilíbrio na referência a campanhas de prevenção (Figura 4a) e a ambientes (Figura 4b) relativos ao álcool, ao tabaco e às outras drogas, a maior parte dos países dão maior ênfase às campanhas de prevenção sobre o álcool e tabaco do que a campanhas sobre outras drogas (Figura 4a).

Por outro lado, a Figura 4 mostra ainda que as outras drogas são preferencialmente mais abordadas nos ambientes de tráfico e consumo de substâncias psico-activas (Figura 4b) do que nas campanhas de prevenção (Figura 4a).

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Pode-se afirmar que a maioria dos países que participou neste estudo refere as três dimensões da Saúde (física, psicológica e social), definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), relacionadas com o uso de substâncias psico-activas contudo, Marrocos não faz qualquer referência ao tabaco e Moçambique às outras drogas psico-activas.

Em qualquer um dos temas (álcool, tabaco e outras drogas) a Finlândia é o país que mais se destaca, na medida em que é o que mais explora os três temas, todos de uma forma equitativa no que diz respeito não só às três dimensões da saúde mas também à ênfase que é dada em campanhas e em ambientes de produção e consumo de substâncias psico-activas. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto do manual analisado ser o da disciplina autónoma de "Educação para a Saúde" que é utilizado ao longo de três anos de escolaridade.

Na verdade, o sistema de ensino finlandês prevê a existência da disciplina de "Educação para a Saúde" para alunos entre os 13 e os 15 anos, sendo o mesmo manual utilizado durante estes três anos. Actualmente, esta disciplina pode ser leccionada por professores de áreas como: biologia, psicologia e educação física, desde que tenham tido "Educação para a Saúde" durante a sua formação académica, ou tenham frequentado cursos de formação nesta área específica. Para além disto, está ainda prevista a formação académica de professores especializados em "Educação para a Saúde", passando então a serem estes os únicos responsáveis pela leccionação da disciplina.

No presente estudo podemos realçar as diferentes ênfases que são dadas às dimensões física, psicológica e social quando abordamos cada uma das substâncias psico-activas. Por exemplo, no caso do tabaco, predominam os efeitos físicos, enquanto que no álcool e nas outras drogas os efeitos psicológicos e sociais são os mais abordados.

Considerando as consequências imediatas do consumo de cada uma destas substâncias psico-activas, parece-nos compreensível que não se explorem tanto os efeitos psicológicos e sociais do tabaco, pois estamos a falar de uma droga socialmente aceite, cujo consumo não induz alterações repentinas do comportamento humano e que por vezes é considerada um factor de socialização, principalmente entre os jovens.

Embora o consumo de álcool seja também um meio de socializar, o excesso de álcool tem efeitos imediatos no comportamento dos indivíduos, estando muitas vezes associado a acidentes de trabalho e de viação, à violência doméstica e a homicídios, entre outros. Por tudo isto, o alcoolismo é socialmente condenado, pelo que naturalmente justifica a explicitação de efeitos psicológicos e sociais nos manuais escolares.

As outras drogas representam um dos mais graves problemas sociais. Os efeitos do seu consumo no comportamento dos indivíduos são imediatos (descontrolo comportamental), mas a longo prazo assiste-se a uma verdadeira degradação da condição humana, física, psicológica e social.

A referência a campanhas anti-álcool, anti-tabaco e anti-drogas, é relativamente pouco

frequente entre os países que participaram neste estudo, se tivermos em conta o número de países que abordam estas problemáticas.

Posto isto, consideramos que, de uma maneira geral, os países que participaram neste estudo se preocupam com esta problemática e procuram abordá-la, mencionando alguns dos aspectos mais relevantes/evidentes relacionados com o consumo das diferentes substâncias psico-activas nos diferentes países (transposição didáctica externa). Contudo, e considerando que o consumo destas substâncias entre os jovens continua a representar um sério problema internacional, talvez o tipo de abordagem ou o tipo de informação veiculada nos manuais não seja o mais adequado ou, pelo menos, se tenha revelado insuficiente. Embora as aprendizagens não dependam unicamente do que é expresso nos manuais, eles são um reflexo das representações sociais que se pretendem transmitir às crianças e jovens.

Se olharmos para o contexto nacional, apercebemo-nos que são poucos os manuais que mencionam a existência de instituições de apoio à toxicodependência. Parece-nos estar perante uma grave lacuna, pois para muitos alunos o manual escolar pode ser a única fonte de informação a que eles têm acesso.

Em Portugal, o relatório final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Saúde (GTES, 2007) reforça a importância da Promoção e Educação para a Saúde nas escolas dos ensinos básico e secundário e apresenta como uma das áreas fundamentais a abordagem do consumo de substâncias psico-activas. O mesmo grupo defende a organização acções de formação em "Educação para a Saúde" destinadas à comunidade escolar e também aos encarregados de educação. Parece-nos que a implementação destas e outras medidas apresentadas naquele relatório poderão certamente vir a representar uma mais valia para a aquisição de competências das crianças e jovens no âmbito da Saúde, contribuindo para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis, nomeadamente nos que dizem respeito ao acesso e consumo de substâncias psico-activas.

5. AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os participantes que procederam ou coordenaram o processo de análise de manuais dos respectivos países no tópico de Educação para a Saúde.

Este trabalho teve o apoio financeiro do projecto Europeu FP6, STREP "Biohead-Citizen" (CIT2-CT-2004-506015), do projecto da FCT "Análise de manuais escolares" (PTDC/CED/65224/2006) e do centro de investigação LIBEC/CIFPEC (unidade 16/644 da FCT).

6. REFERÊNCIAS

Aragão, M. J. e Sacadura, R. (2002) Guia Geral das Drogas: explicar o seu mecanismo e as suas consequências. Lisboa: Terramar.

Bronfenbrenner, U.(1979)The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press.

Cabral, M. (2005) Como analisar manuais escolares. Lisboa: Texto Editora.

Carvalho, G. S. (2002) "Literacia para a Saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde" In Saúde: As teias da discriminação social – actas do Colóquio internacional: Sáude e discriminação social (org: M. E. Leandro, M. M. L. Araújo, M. S. Costa). Braga: Universidade do Minho – IEC, pp. 119-135.

Carvalho G.S., Clément P., Bogner F. (2004). Biology, Health and Environmental Education for

better Citizenship. STREP CIT2-CT-2004-506015, European Commision, Brussels, FP6.

Clément, P. (2004) Sciences et idéologie : exemple en didactiques et épistémologie de la biologie. In Aster do Colóquio «Sciences, Médias et Société» J. Le Marec & I. Babou (Eds), ENS-LSH, p.53-69.

Ferreira- Borges, C. e Filho, H.C.(2004) Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependências. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Gonçalves, A. (2008) Álcool, tabaco e outras Drogas: Concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares. Tese de doutoramento, Universidade do Minho.

GTES (2007) Relatório Final. Lisboa. http://www.min-edu.pt/np3content/?newsId=298&fileName=gtes_rel_final.pdf (2008/07/29).

Kemn, J. e Close, A. (1995) Health Promotion: The Teory & Practice. London: McMillan Press LTD.

Negreiros, J. (2000) As acções de prevenção do abuso de drogas em Portugal: apreciação crítica e perspectivas para o futuro, in Precioso, J., Viseu, F., Dourado. L., Vilaça, M.T., Henriques, R. e Lacerda, T. (org) Educação para a Saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação-Universidade do Minho.

OMS – Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, Divisão da Educação para a Saúde.

Pike, S. e Foster, D. (1995) Helath Promotion for All. London: Churchil Livingston.

Tones, K. e Tilford, S. (2001) Health Promotion: effectiveness, effficiency and equity (3.ª edição). Leeds: Nelson Thornes.

UNIVERSIDADE DO MINHO LIVRE DE TABACO: UMA NOVA REALIDADE

Inês Marques[1], Isabel Silva[2], Marlene Abreu[3] & Viviana Azevedo[4]

Resumo

Introdução: O tabaco constitui a principal causa isolada e evitável de doença e morte. Assim, torna-se importante avaliar o impacto da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto. *Objectivos:* Analisar os conhecimentos e comportamentos dos alunos da Universidade do Minho face ao tabaco e à Lei n.º 37/2007. *Metodologia:* Estudo observacional, descritivo e analítico. Foi aplicado um questionário com questões fechadas a uma amostra aleatória estratificada dos alunos inscritos na Universidade do Minho no ano lectivo 2007/2008. *Resultados:* 27,9% dos alunos eram fumadores actuais. Com a Lei, a maioria passou a fumar apenas ao ar livre, 45,2% diminuiu o seu consumo e 24,7% deixou de fumar. *Conclusão:* A Lei parece estar a contribuir para a diminuição do número de fumadores e para a protecção dos não fumadores do fumo ambiental.

Palavras-chave

Tabaco; legislação; alunos universitários.

INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco é considerado a principal causa isolada e evitável de doença e morte no mundo ocidental. Vitimando cerca de 5 milhões de pessoas anualmente, (International Union Against Cancer, 2002) é responsável por um número muito maior de vítimas do que a SIDA, as drogas ilegais, os acidentes de viação, os homicídios e os suicídios em conjunto (Eriksen, & Mackay, 2002). Na verdade, a cada 10 segundos uma pessoa morre devido a doenças relacionadas com o consumo de tabaco (Peto, Boreham, & Thun, 2006). Fumar constitui, por isso, um grave problema de saúde pública à escala mundial, nacional e local, enquanto agressão ao próprio, ao próximo e ao ambiente. Contribui para o desenvolvimento de patologias respiratórias, potencialmente graves e fatais, tal como 80% das situações clínicas de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Relaciona-se com 25 a 30% da totalidade das neoplasias, nomeadamente da cavidade oral, laringe, esófago, pulmão, rim e bexiga (World Health Organization [WHO], 1999). É responsável por 1/6 mortes por neoplasia, correspondendo a 73% do total de vítimas mortais por neoplasias do pulmão a fumadores (Peto, Boreham, & Thun, 1994). Os fumadores de mais de um maço de cigarros por dia têm uma incidência maior (quatro vezes superior) e mais precoce de angina de peito e de Enfarte Agudo do Miocárdio (WHO, 1999), apresentando uma diminuição da esperança de vida em 10 anos (Lopez, Hollinshaw, & Piha, 1994). Tem efeitos nefastos na gravidez, associando-se a aborto espontâneo, gravidez ectópica, morte fetal in utero, parto pré-termo e baixo peso ao nascer (Lima, 2002; Dolan-Mullen, Ramirez,& Groff, 1994). Estima-se que seja possível reduzir em 10% a mortalidade infantil, eliminando o tabagismo materno (Kleinman,Pierre, Madans, Land, & Schramm, 1988).

Segundo a OMS um terço da população mundial, isto é, 1 bilião e 200 milhões de pessoas são fumadores. Pesquisas estimam que em todo o mundo 12% da população feminina e 47% da população masculina fumem, existindo uma significativa variação

1. Escola de Ciências de Saúde da Universidade do Minho. **a41096@alunos.uminho.pt**
2. Escola de Ciências de Saúde da Universidade do Minho. **a39251@alunos.uminho.pt**
3. Escola de Ciências de Saúde da Universidade do Minho. **a41065@alunos.uminho.pt**
4. Escola de Ciências de Saúde da Universidade do Minho. **a41088@alunos.uminho.pt**

entre regiões. Enquanto que nos países em desenvolvimento os fumadores constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, tendo vindo o consumo per capita a aumentar, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres são fumadores, tendo vindo o consumo per capita a diminuir (WHO, 2001). Em Portugal Continental, segundo os dados do Eurobarómetro, em 2005 a prevalência de fumadores na população era de 27% (Special Eurobarometer, 2006), tendo diminuído para 24% em 2006 (Special Eurobarometer, 2007). Este estudo colocou Portugal em lugar de destaque na UE a 25, pois, por um lado, 64% dos cidadãos declararam nunca ter fumado na vida, em oposição aos 47% de média europeia e, por outro, apenas 12% deixaram de fumar, contra os 21% da média comunitária. Todavia, os portugueses são dos que fumam mais: 97% da população fumadora fá-lo todos os dias e 38% consome mais de 1 maço de cigarros/dia. Apesar da epidemia tabágica estar em expansão no género feminino, Portugal continua a ser um dos países da UE onde as mulheres fumam menos, sendo que a prevalência de fumadores é maior no género masculino em todas as faixas etárias (Special Eurobarometer, 2007).

O tabaco, principal poluente evitável do ar interior, é classificado como um carcinogénio humano de 1.º grau, para o qual não é possível estabelecer um limiar seguro de exposição (Commission of the European Communities, 2007). Assim se depreende o elevado impacto do consumo de tabaco na saúde bem como a necessidade de definir uma política de gestão ambiental e regulamentação do comportamento de fumar, que não estigmatiza os fumadores, mas protege a saúde de todos, ao minimizar a exposição ao fumo de tabaco ambiental (Wechsler, Lee, & Rigotti, 2001). Em Portugal, embora existissem várias medidas alusivas a esta temática no Plano Nacional de Saúde 2004/2010, só recentemente foi aprovada uma Lei (Lei n.º 37, 2007) que, pretendendo dar execução ao disposto na Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco (WHO, 2005), visa estabelecer normas referentes à protecção da exposição involuntária ao fumo do tabaco, de modo a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos que o uso do tabaco acarreta para a saúde dos indivíduos.

Diversos estudos demonstram que medidas semelhantes à Lei n.º 37/2007 são efectivas na promoção da cessação e na redução do número de cigarros consumidos por dia, particularmente entre os estudantes universitários (Wechsler et al., 2001; Precioso, 2004; Borders, Xu, Bacchi, Cohen, & SoRelle-Miner, 2005). Nesse sentido, o título "Universidade do Minho livre de tabaco: uma nova realidade" abre portas a uma investigação que pretende, pela análise dos padrões de consumo tabágico e da opinião, conhecimentos e comportamentos face a esta problemática, caracterizar e averiguar o impacto da implementação da nova Legislação nesta comunidade universitária.

Objectivos

- Caracterizar o padrão de consumo e outro tipo de comportamentos face ao tabaco dos alunos da Universidade do Minho (UM).
- Avaliar o nível de conhecimentos dos alunos da UM sobre o impacto do tabaco na saúde.
- Avaliar o nível de conhecimentos dos alunos da UM sobre a Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto.
- Conhecer a opinião dos alunos da UM acerca da aplicação da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto nesta universidade e do seu impacto no consumo de tabaco e na qualidade do ar interior.
- Avaliar o impacto da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto no padrão de consumo de tabaco dos alunos da UM.

- Comparar os resultados obtidos nos objectivos anteriores entre:
    - os alunos do género feminino e os do género masculino;
    - os alunos pertencentes a "Cursos da área de Saúde", "Curso de Psicologia", "Cursos da área de Educação/Ensino" e "Outros Cursos";
    - os alunos fumadores e os não fumadores.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo observacional com duas vertentes: uma descritiva e outra analítica do tipo transversal.

Os dados foram recolhidos através de um inquérito por questionário de auto-resposta com questões fechadas (pré-codificadas). Na bibliografia consultada não foi possível a obtenção de um instrumento de inquirição que se adequasse de forma integral ao tema e objectivos deste trabalho. Por esta razão, o questionário foi elaborado pelas quatro autoras, sob supervisão do orientador do projecto de investigação e incluiu, quer questões provenientes de questionários de estudos anteriores, quer algumas questões originais elaboradas pelas investigadoras. Tendo em conta que não se tratava de um questionário validado, foi realizado previamente um pré-teste, através da administração do questionário a 50 estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Desta forma, foram identificadas algumas incorrecções em determinadas questões, que justificaram alterações no questionário inicial.

O questionário utilizado neste estudo era então constituído por 34 questões, distribuídas por 7 grupos que abordavam respectivamente: 1) atitudes e outros comportamentos face ao tabaco; 2) conhecimentos sobre a lei n.º37/2007; 3) conhecimentos sobre o impacto do tabaco na saúde e na qualidade do ar interior; 4) opinião sobre a lei n.º37/2007 e o seu impacto no consumo de tabaco e no ambiente de espaços fechados; 5) padrão de consumo de tabaco; 6) locais de consumo de tabaco e comportamentos face aos não fumadores; 7) impacto da lei n.º37/2007 no consumo de tabaco. É de ressalvar que os grupos 5, 6 e 7 destinavam-se apenas a indivíduos que consomem ou já consumiram tabaco.

Este estudo teve como universo os alunos matriculados em licenciaturas ou mestrados integrados da UM, pólo de Braga, no ano lectivo 2007/2008. O questionário foi aplicado em Abril de 2008 a uma amostra aleatória estratificada, uma vez que foram definidos 4 estratos na população: "cursos da área de saúde", "cursos da área de educação/ensino", "curso de psicologia" e "outros cursos".

Responderam ao questionário 420 alunos, dos quais 40 frequentavam "cursos da área de saúde", 52 "cursos da área de educação/ensino", 29 o "curso de psicologia" e 299 "outros cursos". Os questionários foram respondidos no início ou final de uma aula, após breve apresentação do trabalho e explicação do que era pretendido pelas investigadoras, salvaguardando sempre o facto de que o preenchimento do questionário era voluntário, anónimo e confidencial.

Após análise de todos os questionários, foram excluídos 86 devido a incorrecções no seu preenchimento. Foram assim introduzidas todas as respostas validadas de 334 questionários numa base de dados do programa informático SPSS, versão 16.0, sob a forma de código numérico. A análise estatística dos dados incluiu, em primeiro, uma análise univariada através da verificação das frequências para cada variável isoladamente e, seguidamente, uma análise bivariada em que se estudou a possibilidade de haver alguma relação entre uma variável independente e uma variável dependente, recorrendo para tal à Prova do Qui-Quadrado. O nível de significância estatística considerado foi de 0,05, como é habitual neste tipo de estudos.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Do total de alunos inquiridos 68,6% são do género feminino e 31,4% do masculino. A idade dos indivíduos varia entre os 18 e os 46 anos. A idade média é de 21,4 anos.

PADRÃO DE CONSUMO

Embora 62,0% dos inquiridos já tenham experimentado consumir tabaco, 38,0% nunca experimentou. Este valor é significativamente inferior ao encontrado no Eurobarómetro 2007, em que 64% dos portugueses declararam nunca ter fumado na vida (Special Eurobarometer, 2006). Relativamente à idade da primeira experiência de consumo de tabaco, 51,6% fizeram-no antes dos 15 anos, 44,9% dos 15 aos 18 anos e apenas 5,8% na universidade. Estes resultados, que diferem significativamente dos apresentados por um estudo efectuado na UM em 2002, em que 22% dos alunos começaram a fumar antes dos 15 anos, 49% dos 15 aos 18 anos e 29% na universidade, parecem sugerir que a entrada na universidade não é um factor indutor do início do consumo e que os jovens começam a fumar cada vez mais cedo (Precioso, 2004). De facto, segundo o Eurobarómetro 2006, 80% dos novos fumadores têm menos de 18 anos de idade (Special Eurobarometer, 2006).

Do total de inquiridos 27,9% são fumadores. Destes 14,7% são considerados fumadores regulares (consumo de tabaco pelo menos uma vez por dia) e 13,2% são considerados fumadores ocasionais (consumo de tabaco pelo menos uma vez por semana, por mês ou por ano). Há ainda 34,1% dos inquiridos que consomem tabaco "menos de uma vez por ano", constituindo provavelmente fumadores experimentais ou ex-fumadores e, por isso, neste estudo serão considerados como não fumadores actuais (quadro 1). A frequência de fumadores encontrada é ligeiramente superior à apresentada num estudo efectuado na UM em 2002, em que a prevalência de fumadores era de 24%. Tal está provavelmente associado a um aumento dos fumadores ocasionais (passou de 6% no referido estudo para 13,2% no presente estudo) dado que, inclusivamente, a percentagem de fumadores regulares diminuiu (passou de 18% no referido estudo para 14,7% no presente estudo) (Precioso, 2004). Assim, embora fumar continue a ser um hábito predominantemente regular, à semelhança do que é apontado no Eurobarómetro 2007, segundo o qual 89% dos fumadores portugueses consomem tabaco " pelo menos uma vez/dia", é provável que com a implementação da Lei n.º 37/2007 se vá assistir a uma mudança nos padrões de consumo: uma fracção significativa dos indivíduos que fumavam regularmente, está a começar a fazê-lo apenas de forma ocasional (Special Eurobarometer, 2007).

Quadro 1. Frequência da variável "Frequência de consumo de tabaco"

Respostas	Frequência	Percentagem (%)		
Pelo menos 1 vez/dia	49	14,7		27,9
Pelo menos 1 vez/semana	11	3,3	13,2	
Pelo menos 1 vez/mês	12	3,6		
Pelo menos 1 vez/ano	21	6,3		
Menos de 1 vez/ano	114	34,1		
Nunca	127	38,0		
Total	334	100,0		

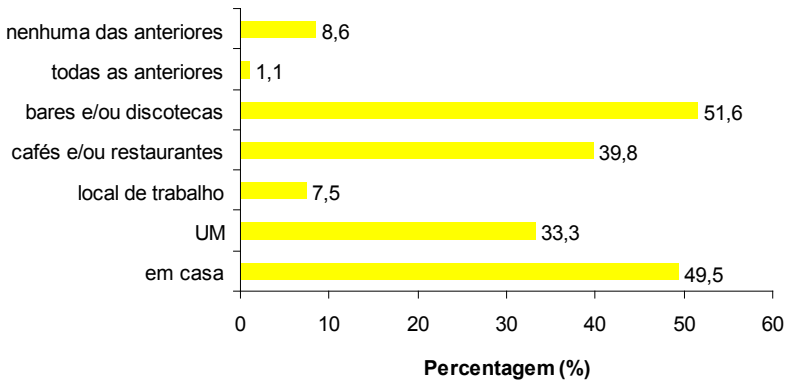
A frequência de consumo de tabaco parece depender do género. Na verdade, enquanto que apenas 18,1% dos indivíduos fumadores do género feminino o fazem regularmente, 35,3% dos indivíduos do género masculino são fumadores regulares. Estes dados estão de acordo com o Eurobarómetro 2006, segundo o qual 43% dos homens fumavam

regularmente contra apenas 14% das mulheres (Special Eurobarometer, 2006). No que diz respeito ao consumo ocasional de tabaco, a situação inverte-se: fumam menos alunos ocasionalmente (11,4%) do que alunas (14%), o que já vinha sendo demonstrado noutros estudos, nomeadamente num efectuado na UM em 2002, segundo o qual 8% das raparigas e apenas 4% dos rapazes fumavam ocasionalmente (Precioso, 2004).

Considerando agora os inquiridos que consomem tabaco, 51,6% afirma consumir 1-10 cigarros/dia, enquanto que 13% consome mais de 20 cigarros/dia. Estes resultados contrastam com os do Eurobarómetro 2007, segundo o qual os portugueses são dos indivíduos que mais fumam na UE: apenas 27% consome até 10 cigarros/dia enquanto que 38% consome mais de 20 cigarros/dia (Special Eurobarometer, 2007). Esta diferença, entre o cenário traçado em 2007 e aquele por nós encontrado em 2008, poderá advir da implementação da Lei n.º 37/2007, associada à qual estará uma redução no consumo diário de cigarros. Para além disto, 81,7% afirma não fumar em locais públicos fechados, o que indica que as medidas legislativas estão a surtir o efeito desejado, reduzindo a contaminação do ar interior, a exposição involuntária e, assim, os custos globais associados aos efeitos do tabaco na saúde.

No que se refere aos locais de consumo, 49,5% dos indivíduos refere fumar em casa (figura 1), um valor significativamente inferior ao referido no Eurobarómetro 2006, onde 73% dos portugueses afirmavam fazê-lo e a média comunitária era de 80% (Special Eurobarometer, 2006). Tal, poderá apontar para uma tomada de consciência por parte dos estudantes dos malefícios da exposição involuntária. Na verdade, dados mais recentes do Eurobarómetro 2007, revelaram que 49% dos europeus começaram a aplicar medidas de restrição ao fumo de tabaco nos seus domicílios, reduzindo-se de 63% para 11% e 6%, a percentagem de indivíduos que nunca se abstém de fumar em casa quando nela existem crianças e grávidas, respectivamente (Special Eurobarometer, 2007). Ainda em relação aos locais de consumo, 51,6% fuma em bares e/ou discotecas e 39,8% em cafés e/ou restaurantes, o que vem de encontro às características da população em estudo: universitária, essencialmente urbana e onde o consumo de tabaco se torna cada vez mais um consumo ocasional e social.

Figura 1. Frequência da variável "Locais de consumo de tabaco"



Relativamente aos locais utilizados pelos inquiridos para fumarem na UM, 59,1% afirma fumar apenas ao ar livre e 36,6% refere mesmo não fumar na UM. Estes dados reflectem uma vez mais, a eficácia da política de regulamentação do consumo em espaços públicos fechados. Curiosamente, 4,3% afirmam fumar em áreas fechadas expressamente previstas para o efeito, que embora estejam previstas na legislação, não foram ainda criadas na UM.

Considerando ainda os inquiridos que consomem tabaco, apenas 5,4% admitem fumar em locais onde não é permitido e 82,8% afirmam abster-se de fumar na presença de indivíduos não fumadores pelo menos às vezes. Tal, vem sendo referido noutros estudos, por exemplo no Eurobarómetro 2007, onde 35% dos europeus referem fumar apenas ocasionalmente na presença de fumadores involuntários e 34% referem nunca o fazer (Special Eurobarometer, 2007). Estes dados vêm reforçar a ideia de que a regulamentação do consumo parece resultar numa mudança comportamental do fumador face aos outros.

Por último, 36,5% dos inquiridos nunca tentaram deixar de fumar, 24,7% já tentaram mas sem sucesso e 22,6% já deixaram de fumar e não fumam neste momento. Estes dados diferem ligeiramente dos encontrados no Eurobarómetro 2007, dado que neste estudo 32% dos portugueses afirmavam ter tentado deixar de fumar no último ano mas 67% referiam nunca ter tentado deixar de fumar (Special Eurobarometer, 2007). Isto pode estar associado, por um lado, ao facto da Lei ter sido implementada após a realização do estudo atrás referido, o que se traduziu num aumento da percentagem de tentativas de cessação do consumo tabágico; e, por outro, ao facto da nossa população em estudo ser constituída maioritariamente por jovens, que está documentado serem aqueles que mais facilmente tentam e conseguem deixar de fumar (Special Eurobarometer, 2007).

OUTROS COMPORTAMENTOS FACE AO TABACO

A frequência com que os inquiridos se sentem incomodados com o fumo do tabaco pelo menos às vezes é de 84,6%, o que contrasta significativamente com os dados do Eurobarómetro 2006 em que apenas 42% dos portugueses o referiam. Isto depende do padrão de consumo de tabaco, já que a frequência de inquiridos considerados não fumadores actuais que refere sentir-se incomodado com o fumo de tabaco pelo menos às vezes é de 94,7%, enquanto que a relativa aos alunos que fumam de forma regular ou ocasional é significativamente menor (45,4 a 76,2%).

Da totalidade dos alunos inquiridos, 59,9% afirmam abandonar locais onde é permitido consumir tabaco pelo menos às vezes, quando se sentem incomodados pelo fumo do cigarro. Assim, tendo em conta que 84,6% afirmam sentir-se incomodados com o fumo de tabaco pelo menos às vezes, existe um número importante de indivíduos que permanecem no local, apesar de incomodados. Este valor parece depender do padrão de consumo de tabaco, visto que a frequência de inquiridos que refere abandonar esses locais pelo menos às vezes é maior no grupo dos não fumadores actuais (62%) relativamente aos fumadores regulares (18,4%) e ocasionais (27,3% a 42,9%). Nas mesmas circunstâncias, só 31,8% dos inquiridos afirmam pedir ao fumador para não fumar ou para não o fazer perto de si pelo menos às vezes, provavelmente porque se sentem constrangidos em pedir a alguém para mudar um comportamento que não constitui uma infracção à Lei.

Por outro lado, quando se encontram em locais onde não é permitido consumir tabaco e se sentem incomodados pelo fumo, 41,7% dos inquiridos afirmam abandonar o local pelo menos às vezes, tendo a maioria (58,3%) respondido "raramente" ou "nunca", possivelmente porque nesses locais não é frequente alguém fumar e por isso sentem-se menos vezes incomodados. Nestes locais, 60,7% dos inquiridos afirmam pedir a fumadores para não fumarem, ou para não o fazerem perto de si, pelo menos às vezes, o que é significativamente maior do que os 31,8% de indivíduos que o fazem em locais onde é permitido fumar. Na verdade, é compreensível que as pessoas se sintam mais à vontade para pedir a um fumador para não fumar num local onde não é permitido do que num local onde é, sobretudo se tivermos em conta que actualmente os não fumadores podem escolher locais livres de fumo de tabaco. Embora não tenha sido feita a distinção entre locais onde é ou não permitido fumar no Eurobarómetro 2006, o estudo revela que 52% dos portugueses pedem a um fumador para não fumar perto de si quando incomodados pelo menos às vezes, dados que vêm de encontro aos valores apresentados

no presente estudo (Special Eurobarometer, 2006). Nos locais onde não é permitido fumar, a frequência de indivíduos do género masculino que pedem "sempre" (28,6%) a fumadores para não fumarem ou para não o fazerem perto deles é significativamente maior que a relativa ao género feminino (20,5%), tendo a resposta contrária, "nunca", um resultado controverso, 24,8% dos homens contra 15,3% das mulheres.

Quadro 2. Outros comportamentos dos alunos da UM face ao tabaco

Variável	Respostas (%)	Sempre	Frequen-temente	Às vezes	Raramente	Nunca
Sentir-se incomodado pela exposição ao fumo de tabaco		30,5	25,1	29,0	12,9	2,5
		84,6			15,4	
Abandono de um local onde é permitido fumar		6,6	20,1	33,2	25,7	14,4
		59,9			40,1	
Pedir a fumador para não fumar num local onde é permitido		3,6	7,2	21	29	39,2
		31,8			68,2	
Abandono de um local onde não é permitido fumar		9,3	11,7	20,7	25,7	32,6
		41,7			58,3	
Pedir a fumador para não fumar num local onde não é permitido		23,0	17,0	20,7	21	18,3
		60,7			39,3	

A maioria, 94,3%, dos alunos "concordam completamente" ou "concordam" com a afirmação "os não fumadores têm o direito de respirar ar livre de fumo de tabaco".

CONHECIMENTOS

3.1 Conhecimentos acerca do Tabaco

A grande maioria dos inquiridos considera que o tabaco é prejudicial para a saúde: 72,8% consideram que a probabilidade de o consumo de tabaco causar problemas de saúde é elevada. No entanto, os restantes 27,2% não atribuem tanta importância aos efeitos do tabaco na saúde e, apesar de este valor ser semelhante à prevalência de fumadores encontrada neste estudo (27,9%), não há diferenças estatisticamente significativas entre fumadores e não fumadores, relativamente a esta questão.

Quando se questiona sobre a quantidade e duração de consumo de tabaco que são prejudiciais para a saúde, a maioria dos inquiridos (81,4% e 90,1%, respectivamente – figura 2 e 3) respondeu que todo o nível de consumo tem efeitos deletérios. No entanto, é necessário ter em conta que a escolha da resposta correcta nestas duas questões ("Todas as anteriores") pode ter sido induzida pela forma como a questão foi elaborada, sobretudo pelas hipóteses de resposta apresentadas que podem ter gerado alguns erros de interpretação e, consequentemente, um viés de resposta.

Figura 2. Frequência da variável "Opinião sobre o n.º de cigarros consumidos por dia necessários para prejudicar a saúde do fumador"

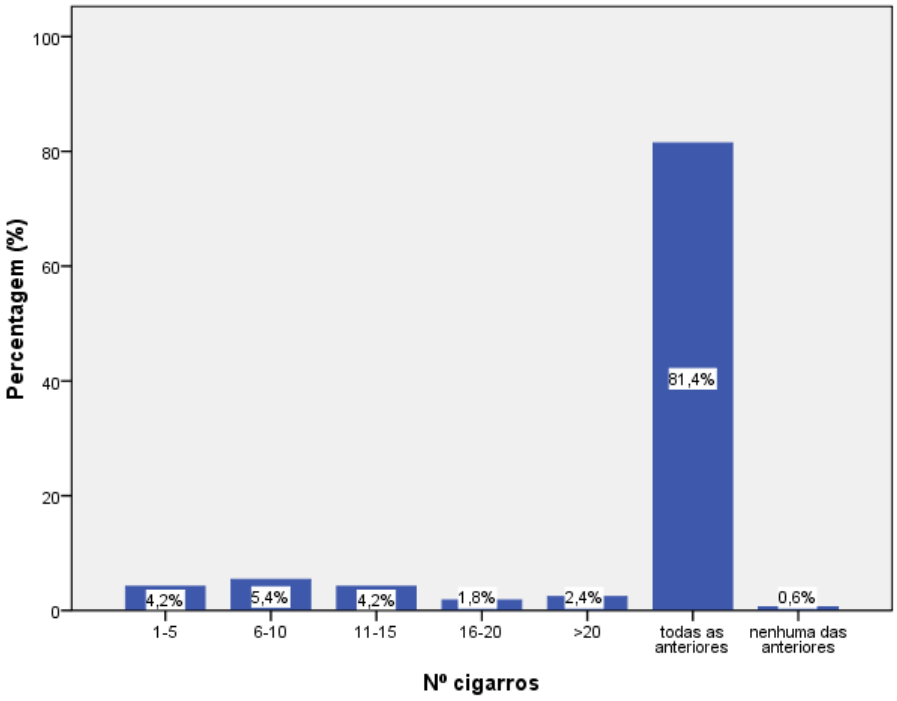
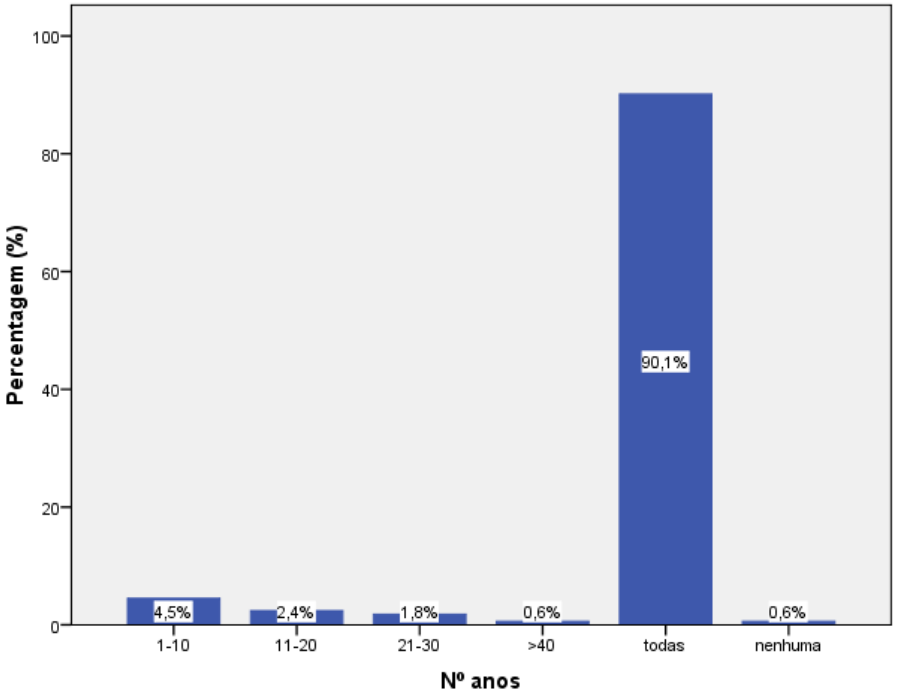


Figura 3. Frequência da variável "Opinião sobre o n.º de anos de consumo de tabaco necessários para prejudicar a saúde do fumador"



Comparando as respostas a estas questões entre fumadores e não fumadores, verifica-se que os fumadores regulares e os fumadores ocasionais que consomem tabaco mais do que uma vez por semana ou por mês são aqueles que mais consideram que o tabaco tem um limiar de exposição seguro no que toca à quantidade de tabaco consumida. Relativamente à duração do consumo não houve diferenças estatisticamente significativas.

Quase todos os inquiridos têm a percepção de que o consumo de tabaco causa dependência (99,4%) e que tem efeitos nocivos para o feto quando a grávida é fumadora (99,4%).

De igual modo, a quase totalidade dos inquiridos considera que o fumo do tabaco ambiental *"*causa desconforto e problemas de saúde*"* para o não fumador (95,2%) e apenas uma minoria (0.9%) considera que *"*é inofensivo*"*. Estes resultados estão de acordo com os encontrados pelo Eurobarómetro 2007, em que apenas 1% dos portugueses considera que fumar junto de não fumadores não tem riscos (Special Eurobarometer, 2007).

Relativamente à contribuição do fumo do tabaco para a contaminação do ar de espaços fechados, a maioria dos inquiridos considera que é *"*elevada*"* (90.1%).

Tendo em conta o acima referido, pode-se concluir que o nível de conhecimentos dos alunos da UM relativamente ao impacto do tabaco na saúde é bom, pois em todas as questões formuladas para avaliar este aspecto a grande maioria dos alunos assinalou a resposta considerada correcta. Isto está de acordo com a auto-avaliação que os inquiridos fazem dos seus conhecimentos em relação aos efeitos, benefícios, consequências e outras características do tabaco. Na verdade, 60,5% dos inquiridos considera que os seus conhecimentos sobre o tabaco são pelo menos bons (11,7% "excelente" + 48,8% "bom"), sendo os indivíduos do género masculino aqueles que mais avaliam os seus conhecimentos como "excelentes"(20%), comparativamente com os do género oposto (7,9%).

3.2. Conhecimentos acerca da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto

A quase totalidade dos inquiridos (98,5%) sabe que existe, em Portugal, legislação que proíbe o consumo de tabaco em determinados locais.

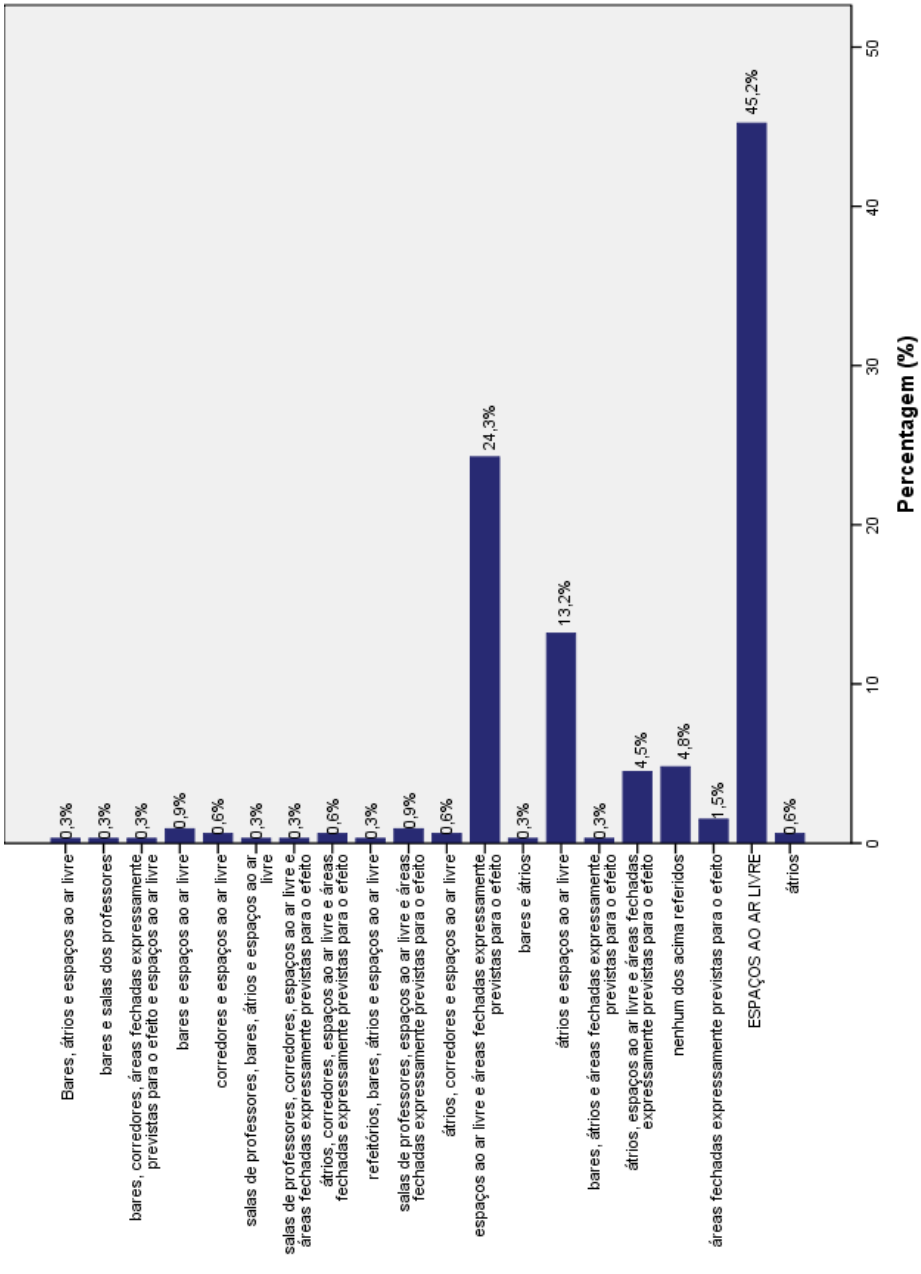
Na questão "Em quais dos locais abaixo mencionados é permitido fumar, por lei, em Portugal?" foi registada uma grande variedade de respostas, pois era permitido escolher mais do que uma opção. Assim, de entre as 51 respostas diferentes dadas, as opções "espaços ao ar livre", "estabelecimentos de restauração e bebidas" e "recintos de diversão" foram das mais assinaladas, isoladamente ou em combinação (92,8%, 21,6% e 17,4%, respectivamente) – quadro 3. É de ressalvar que 58,1% dos inquiridos assinalou apenas a opção espaços ao ar livre, provavelmente porque responderam a esta questão em função do princípio geral da Lei, segundo a qual é proibido fumar em espaços públicos fechados, tal como todos os espaços fechados referidos no enunciado da questão. Curiosamente, alguns alunos consideraram que é permitido fumar em "estabelecimentos de ensino e outros locais destinados a menores de 18 anos" (0,6%), "parques de estacionamento cobertos" (6,9%), "bibliotecas" (0.3%) e "espaços de atendimento público" (0,6%), quando para estes locais, a Lei não abre qualquer excepção e é explícita quanto à proibição de fumar. Assim tendo em conta este facto e também o elevado número de respostas diferentes obtidas para esta questão, pode-se inferir que os conhecimentos dos alunos da UM sobre a nova lei do tabaco não são os ideais. Em virtude da enorme dispersão de respostas a esta questão, a interpretação dos resultados da análise bivariada tornou-se complexa, pelo que não foram considerados.

Quadro 3. Frequência da variável "Opinião sobre os locais onde é permitido fumar, por lei, em Portugal".

Locais	N.º respostas combinadas	N.º respostas isoladas	N.º total respostas	Respostas isoladas (%)	Total de respostas (%)
Recintos desportivos fechados	0	0	0	0,0	0,0
Espaços de atendimento público	2	0	2	0,0	0,6
Serviços de Saúde	0	0	0	0,0	0,0
Escolas	3	1	4	0,3	1,2
Museus	0	0	0	0,0	0,0
Bibliotecas	1	0	1	0,0	0,3
Elevadores e similares	0	0	0	0,0	0,0
Instalações/estações e veículos de transporte público	8	0	8	0,0	2,4
Estabelecimentos de restauração e bebidas	70	2	72	0,6	21,6
Estabelecimentos hoteleiros	31	0	31	0,0	9,3
Estabelecimentos comerciais	22	0	22	0,0	6,6
Parques de estacionamento cobertos	23	0	23	0,0	6,9
Lares e instituições para idosos ou pessoas com deficiência	1	0	1	0,0	0,3
Estabelecimentos de ensino e outros locais destinados a <18 anos	2	0	2	0,0	0,6
Salas de espectáculos	2	0	2	0,0	0,6
Recintos de diversão	57	1	58	0,3	17,4
Espaços ao ar livre	116	194	310	58,1	92,8
Todos os acima referidos	0	0	0	0,0	0,0
Nenhum dos acima referidos	0	14	14	4,2	4,2

Ao questionar os alunos sobre os locais onde é permitido fumar por Lei na UM, apenas 45,2% assinalaram a opção correcta, ou seja, "espaços ao ar livre" (figura 4). Tal como a questão anterior também esta permitia assinalar mais do que uma opção, tendo-se registado 20 respostas diferentes, entre as quais a opção "áreas fechadas expressamente previstas para o efeito" foi a 2.ª mais assinalada (32,9%). No entanto, apesar de a Lei permitir que essas áreas sejam criadas nos estabelecimentos do ensino superior, na UM não existe até à data nenhum espaço para este efeito. Além disto, os restantes alunos consideram que é permitido fumar nos átrios, corredores, salas de professores, bares e refeitórios da UM, quando a Lei é explícita ao definir, na alínea *g* do artigo 4.º, que nestes locais dos estabelecimentos de ensino é proibido o consumo de tabaco (Lei n.º 37, 2007). Assim, estes resultados indicam que os conhecimentos dos alunos sobre os locais onde é permitido fumar na UM não são de todo os melhores. Ao comparar por área de curso, verifica-se que os alunos que frequentam "outros cursos" são aqueles que mais assinalaram a resposta correcta – "espaços ao ar livre – (49%), ao contrário dos alunos do "curso de psicologia" que a assinalaram em menor percentagem (28,6%).

Figura 4. Locais onde é permitido fumar, por lei, na UM



Opinião sobre a Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto e o seu impacto

A grande maioria dos alunos (96,1%) concorda com a proibição do consumo de tabaco nos espaços fechados da UM, valor que é superior ao apresentado no Eurobarómetro 2006 (83% - dados europeus) (Special Eurobarometer, 2006). Estes dados permitem concluir que os estudantes da UM têm uma opinião positiva quanto à nova Lei lei do tabaco actualmente em vigor em Portugal e, particularmente, no seu local de estudo. A opinião dos inquiridos relativamente a esta questão parece depender de ser fumador. Na verdade apenas entre os fumadores regulares e os fumadores que consomem tabaco pelo menos uma vez por mês ou por ano há quem discorde desta medida (figura 5).

Relativamente à opinião dos alunos acerca do impacto da Lei no padrão de consumo dos fumadores a maioria dos indivíduos, 79,6%, acredita que esta vai ter como consequência uma redução do número de cigarros fumados por dia. No entanto, existem 16,2% dos inquiridos que consideram que as medidas implementadas não alterarão o padrão de consumo dos fumadores.

Do total de inquiridos, 91,3% admitem que com a Lei o ambiente dos espaços fechados da UM "melhorou muito" (53,9%) ou "melhorou" (37,4%) e apenas 6.0% consideram que "manteve-se igual". Contudo, existem diferenças estatisticamente significativas entre fumadores e não fumadores, uma vez que 20,4% dos fumadores regulares considera que o ambiente "manteve-se igual", quando apenas 3,5% dos não fumadores actuais assinalou esta opção (figura 6).

Figura 5. Frequência da variável "Opinião do aluno sobre a proibição do consumo de tabaco nos espaços fechados da UM", em função da experiência de consumo de tabaco

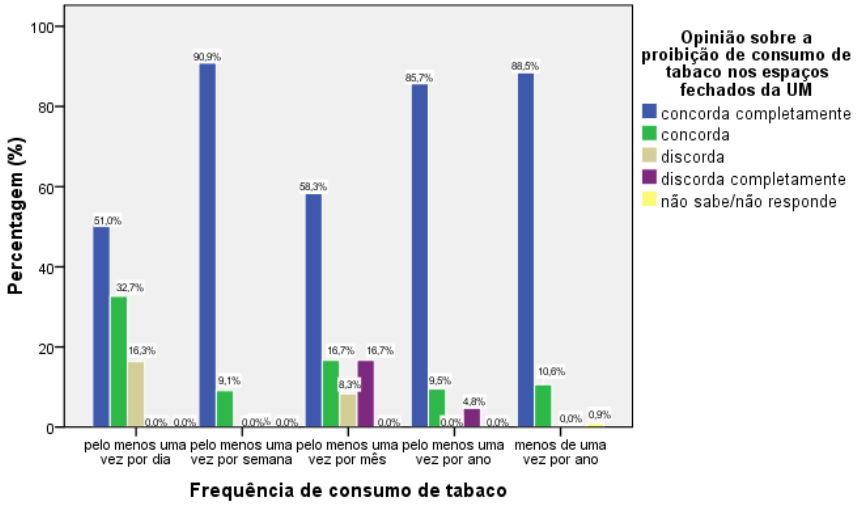
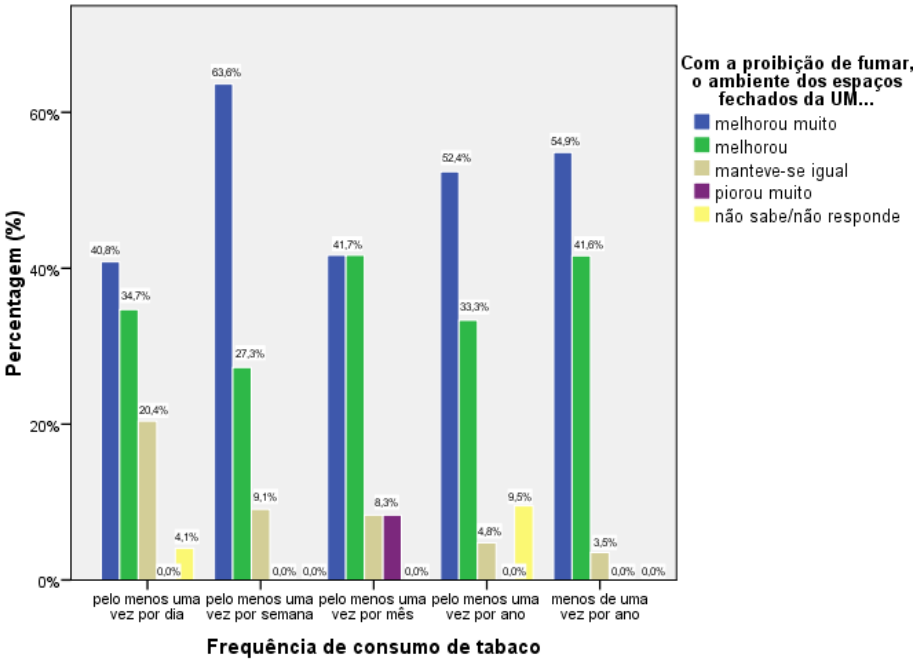


Figura 6. Frequência da variável "Opinião sobre a alteração do ambiente dos espaços fechados da UM com a proibição do consumo de tabaco", em função do consumo de tabaco



IMPACTO EFECTIVO DA LEI N.º 37/2007 DE 14 DE AGOSTO

Com a implementação da proibição do consumo de tabaco nos espaços fechados da UM, a maioria dos inquiridos (59,1%) revela fumar apenas ao ar livre, sendo que 37,6% deixaram inclusivé de fumar na universidade. Há, no entanto, 3,3% dos alunos que admitem continuar a fumar em locais públicos fechados, o que denota que ainda existe algum incumprimento à Lei ou mesmo que a verificação da aplicação desta não está a ser suficientemente controlada.

Quando se avaliam os padrões de consumo dos fumadores, após a instituição desta norma 45,2% afirmam ter diminuído o consumo de tabaco e 24,7% revelam ter cessado. Estes valores apoiam a ideia de que a Lei também está a assumir um carácter de "medida anti-tabágica". No entanto, parecem ser ainda necessárias outras estratégias que apoiem os 29% de alunos que mantiveram o consumo e os 1,1% que o aumentaram, a tomarem consciência dos malefícios do tabaco.

CONCLUSÃO

O estudo envolveu 334 indivíduos entre os 18 e os 46 anos (idade média 21,4 anos), sendo 68,6% do género feminino e 31,4% do masculino.

Relativamente ao padrão de consumo, 62% dos inquiridos já experimentaram tabaco; 80,2% antes dos 17 anos e apenas 5,8% na universidade. Na UM existem 27,9% de fumadores. A frequência do consumo depende do género, sendo que o consumo regular está mais presente nos indivíduos do sexo masculino, enquanto o consumo esporádico se encontra preferencialmente no sexo feminino. Analisando os inquiridos que consomem tabaco, verificou-se que a maioria (51,6%) consome 1-10 cigarros/dia. É também de

salientar que 81,7% afirma não fumar em locais públicos fechados. Estes dados poderão já reflectir os efeitos da implementação da Lei n.º 37/2007.

Depois do domicílio, os locais mais frequentes de consumo reflectem os hábitos e estilos de vida dos estudantes universitários, consumidores ocasionais e sociais predominantemente em bares, discotecas e outros estabelecimentos de restauração. Relativamente aos locais de consumo na UM, 59,1% afirmam fumar apenas ao ar livre e 36,6% dos fumadores refere mesmo não o fazer na UM. Há ainda a destacar o facto de a maioria dos fumadores se absterem de fumar na presença de não fumadores, o que coincide com o reconhecimento do direito dos não fumadores respirarem ar livre de tabaco.

Quanto à análise de outros comportamentos face ao tabaco, verifica-se que a grande maioria dos inquiridos (84,6%) se sente incomodada com o fumo de tabaco. Este facto apresenta-se como um motivo suficientemente forte para levar a maioria a abandonar os locais onde é permitido fumar; no entanto, o número de inquiridos a tomar a atitude de pedir ao fumador para não fumar, ou para não o fazer perto de si, é apenas de 31,8%. Este valor sobe quando a questão em causa se refere a locais onde não é permitido fumar; aqui, 60,7% dos inquiridos afirmam pedir a fumadores para não fumarem, ou para não o fazerem perto de si. Este dado parece indicar que a implementação de medidas de regulamentação do consumo permite que as pessoas se sintam mais seguras para defender os seus direitos. Tal como seria de esperar, os fumadores sentem-se menos incomodados com o fumo de tabaco e, como tal, abandonam com menor frequência os locais onde é permitido fumar.

Relativamente aos conhecimentos face ao tabaco, verifica-se que 72,8% dos inquiridos consideram que a probabilidade do consumo de tabaco causar problemas de saúde é elevada, mas os fumadores são aqueles que menos valorizam os efeitos deletérios do tabaco na saúde. Além disso, são também os fumadores os que mais consideram que o tabaco tem um limiar de exposição seguro no que toca à quantidade consumida. Há, contudo, a ressalvar que 99,4% de todos os inquiridos tem a percepção de que o consumo de tabaco causa dependência. Assim, pode-se concluir que o nível de conhecimentos dos alunos da UM relativamente ao impacto do tabaco na saúde é, globalmente, bom, o que está de acordo com a auto-avaliação que os indivíduos fazem dos seus conhecimentos em relação ao tabaco (a maioria considera que são pelo menos bons).

Apesar da quase totalidade dos inquiridos (98,5%) demonstrar que sabe da existência em Portugal de legislação que proíbe o consumo de tabaco em determinados locais, os conhecimentos sobre a nova Lei do tabaco estão, ainda, bastante aquém dos ideais. Os resultados obtidos devem, contudo, ser analisados com cuidado e ter em consideração dois pontos fundamentais: primeiro, o facto da Lei obedecer a um princípio geral, mas contabilizar, também, algumas excepções, o que pode contribuir para a dispersão de respostas; segundo, as opções apresentadas no questionário, cruzando estes aspectos de forma implícita, podem ter induzido alguma dificuldade de interpretação nos inquiridos.

A maioria dos alunos (96,1%) concorda com a proibição de fumar nos locais fechados da UM, o que permite concluir que estes têm uma opinião positiva quanto à nova Lei do tabaco. Os inquiridos consideram, também maioritariamente, que a Lei actualmente em vigor em Portugal contribui para uma melhoria da qualidade do ar interior. Além destes dados, destaca-se o facto de que, após a implementação da nova Lei, 59,1% dos fumadores revelam fumar apenas ao ar livre; 45,2% diminuíram o consumo de tabaco e 24,7% o cessaram. Finalmente, 79,6% dos estudantes acredita que a Lei levará a uma redução do número de cigarros fumados por dia.

De facto, a Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto parece estar efectivamente a contribuir para a diminuição do número de fumadores e para a protecção do não fumador da exposição

involuntária ao fumo ambiental.

BIBLIOGRAFIA

Borders, TF., Xu, KT., Bacchi, D. & Cohen, L. (2005). SoRelle-Miner D. College campus smoking policies programs and students' smoking behaviours. *BMC Public Health*, *5* (74).

Commission of the European Communities. (2007). *Green Paper: Towards a Europe free from tobacco smoke*. Brussels: EU.

Dolan-Mullen, P., Ramirez, G. & Groff, JY. (1994). A meta-analysis of randomized trials of prenatal smoking cessation interventions. *Am J Obstet Gynecol, 171* (5), 1328-34.

Eriksen, M., & Mackay, J. (2002). *The Tobacco Atlas.* Geneva: World Health Organization.

International Union Against Cancer. (2002). *International Union Against Cancer Newsletter.* Geneva: UICC media center.

Kleinman, J C., Pierre MB, Jr., Madans, J H., Land, G H. & Schramm WF. (1988). The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality. *Am J Epidemiol*, *127* (2), 274-82.

Lei n.º 37, de 14 de Agosto de 2007 (2007). Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo. Lisboa, DR.

Lima, J. (2002). Gravidez e Tabagismo. *Bol Soc Port Hemorreol Microcircul*,17 (2), 35.

Lopez, A., Hollinshaw, N., & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*, 3, 242-247.

Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., & Heath, C., Jr. (1994). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000* (1st ed.). Oxford: Oxford University Press.

Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., & Thun, M. (2006). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000 (*2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*, *3* (22), 499-506.

Special Eurobarometer 239. (2006). *Attitudes of Europeans towards Tobacco*. EU: TNS Opinion & Social.

Special Eurobarometer 239. (2007). Attitudes of Europeans towards Tobacco. EU: TNS Opinion & Social.

Wechsler, H., Lee, JE. & Rigotti, NA. (2001). Cigarette Use by College Students in Smoke-Free Housing: Results of a National Study. *Am J Prev Med*, *20* (3), 202-7.

WHO Tobacco Control Research. (1999). *Confronting the Epidemic: A Global Agenda for Tobacco Control Research.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2001). *European Country Profiles on Tobacco* Control. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2005). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva: World Health Organization.

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E PREVENÇÃO DE ACIDENTES

AUXILIARES DE ACÇÃO EDUCATIVA E SOCORRISMO: UMA COMBINAÇÃO FORMATIVA

Jorge Bonito[1]

1. A FORMAÇÃO DE AUXILIARES DE ACÇÃO EDUCATIVA

O ano lectivo de 1998-1999 ficou marcado, no âmbito da organização escolar, pela implementação de um novo regime de autonomia, administração e gestão das escolas de educação e ensino não-superior. Este novo modelo organizativo convoca toda a comunidade escolar para a construção, execução e avaliação do projecto educativo, e reclama uma particular atenção da organização e desenvolvimento de processos formativos dos diversos intervenientes e, de um modo especial, do pessoal não docente.

De facto, o sistema de formação contínua de docentes, completamente implementado, desenvolvido e consolidado, permitia, naquele momento, o alargamento da intervenção formativa a agentes educativos não docentes. Procurar-se-ia permitir a realização de projectos integrados de formação, centrados na escola, que seriam mecanismos geradores da eficácia da formação dos docentes e promotores da melhoria da qualidade educativa dos serviços prestados aos alunos. Por outro lado, as alterações que se operaram no espaço escolar, com a dinamização e animação de bibliotecas, centros de recursos, laboratórios científicos, instalações desportivas e oficinas tecnológicas diversificadas, e ainda o equipamento das escolas com equipamento multimedia, não deixavam antever outra perspectiva que não contemplasse a formação do pessoal não docente numa representação de actualização e modernização da administração educativa.

Reconhecendo o significado destes pressupostos, o PRODEP passou a abranger o financiamento de actividades formativas cujos formandos são, para além dos docentes do ensino não superior, o pessoal técnico, administrativo e de acção educativa em exercício de funções diversificadas nas escolas, através da metodologia de projectos piloto da iniciativa preferencial dos centros de formação de associação de escolas[2]. As acções de formação profissional devem incidir prioritariamente sobre as seguintes áreas: i) Relação pedagógica e relações humanas; ii) Desenvolvimento organizacional; iii) Gestão e administração escolar; iv) Áreas específicas da actividade profissional; e v) Tecnologias de informação e comunicação. A formação profissional poderá assumir uma das seguintes modalidades, não obstante poderem conjugar-se duas ou mais: i) cursos de formação; ii) módulos de formação; iii) oficinas de formação; iv) seminários; e v) jornadas. Esta formação reveste-se sob a forma de projecto piloto de formação integrada, e para além do regime presencial poderá contemplar-se a frequência à distância.

As acções de formação no Centro FEVIP[3], objecto deste artigo, desenvolveram-se

1. Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora. **jbonito@uevora.pt**

2. O Despacho conjunto dos Ministérios da Educação e do Trabalho e da Solidariedade n.º 421/98 de 9 de Fevereiro veio introduzir as necessárias alterações no regulamento do PRODEP.

3. O Centro FEVIP constitui um centro de formação de associação de escolas. Está sediado na Escola Secundária André de Gouveia, em Évora e resultou da associação de duas escolas secundárias, duas escolas do ensino básico com 2.º e 3.º ciclos e também uma com ensino secundário, um jardim-de-infância e uma escola básica integrada com jardim-de-infância, duas áreas escolares, uma escola do 1.º ciclo do ensino básico e uma escola de ensino privado do concelho.

sob a modalidade de curso, que tem, nos termos legais, uma duração mínima de 15 horas, e um número de formados por turma, mínimo e máximo, de respectivamente, 20 e 30. Esta formação destina-se a técnicos de serviços especializados das escolas, a chefes de serviços de administração escolar, a encarregados de pessoal auxiliar de acção educativa, a oficiais administrativos, a técnicos auxiliares de laboratório, e a auxiliares de acção educativa com funções de atendimento ao público e de apoio directo aos alunos e ainda no exercício de funções de apoio a bibliotecas escolares, mediatecas, centros de recursos e laboratório.

Este processo de melhoria da qualidade do ensino e resposta com eficácia aos desafios colocados pela emergência da sociedade da informação e do conhecimento, requer uma formação de docentes e de outros agentes educativos, reconhecida igualmente pela acção 5.1 da medida n.º 5 do eixo n.º 3 do PRODEP III[4], que abrange o financiamento de acções de formação dirigidas a pessoal docente e não docente da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário e ainda a outros agentes da educação, que contribuam para melhorar o respectivo desempenho profissional e permitir a aquisição e a mobilização de novas qualificações, bem como o desenvolvimento de competências acrescidas.

O novo regime jurídico do pessoal não docente dos estabelecimentos públicos de educação e ensino não superior[5] consagrou um dos seus capítulos à formação profissional, como elemento estruturante de uma escola de qualidade, onde todos os profissionais da educação desempenham um papel relevante. Por outro lado, a criação da carreira de assistente de acção educativa[6] veio atribuir complexas funções a estes profissionais. Os conteúdos funcionais aprovados pela Portaria 63/2001 de 30 de Janeiro remete o pessoal não docente para uma imbricada colaboração com o pessoal docente no processo educativo das crianças e dos jovens. Tais desempenhos só serão efectivamente realizáveis se estes profissionais compreenderem o comportamento dos educandos, através de um estudo sobre desenvolvimento psico-afectivo-motor e intelectual, com o respectivo enquadramento nos ambientes sociais, culturais e familiares. Será preciso acentuar que a sociedade actual se encontra enriquecida pela multiculturalidade, de diferenças individuais, culturais, sociais e religiosas, onde a base de diálogo e o atendimento personalizado devem descrever com exactidão as relações humanas e permitem construir uma imagem de qualidade da escola, enquanto comunidade educativa.

Com base nestes pressupostos, e atendendo a que o direito-dever à formação está claramente reconhecido nos artigos 49.º e 52.º do regime estatutário do pessoal não docente, os Ministérios da Educação, do Ambiente e do Ordenamento do Território e da Reforma do Estado e da Administração Pública firmaram um despacho7 que define os objectivos gerais a atingir, bem como os temas e subtemas da formação que devem presidir à elaboração dos conteúdos programáticos da formação inicial para o ingresso na carreira de assistente de acção educativa e para a reconversão profissional de auxiliares de acção educativa. Entendem os legisladores que, com esta linha de formação, será possível dotar ao pessoal não docente os saberes e as competências necessários, de modo a contribuírem decisivamente para a melhoria da acção educativa, intervindo de maneira consciente e eficaz na vida comunitária escolar.

De entre os 5 temas de formação inicial para o ingresso na carreira de assistente de

4. O Despacho conjunto dos Ministérios da Educação e do Trabalho e da Solidariedade n.º 984/2001 de 3 de Outubro aprovou o regulamento que define o acesso aos apoios concedidos no âmbito da medida n.º 5, acção n.º 5.1, «Formação contínua e especializada nos ensinos básico e secundário», da Intervenção Operacional da Educação (PRODEP III).
5. Decreto-Lei n.º 515/99, de 24 de Novembro.
6. Decreto-Lei n.º 234-A/2000, de 25 de Setembro.
7. Despacho conjunto n.º 466/2002 de 26 de Março.

acção educativa, e para a reconversão profissional de auxiliares de acção educativa, a «Escola promotora de saúde» surge num enquadramento de equilíbrio que preenche 15% do total da formação. Este tema D encontra-se dividido em 3 sub-temas: D1 - Higiene, prevenção e segurança; D2 - Socorrismo; e D3 - Educação alimentar. Relativamente às metodologias a empregar, é referido que «a formação inicial, qualquer que seja a sua modalidade, deve contemplar metodologias diferenciadas que promovam a aprendizagem de saberes adequados às exigências das diferentes funções, valorizando as experiências sentidas e vividas, e que favoreçam práticas de análise e de envolvimento construtivo com o meio».

No que se refere ao referencial de competências básicas após a formação inicial, no sub-tema D_2 o formando deve atingir os objectivos seguintes: i) Definir o conceito de socorro; ii) Distinguir entre as actividades de socorrista, enfermeiro e médico; iii) Accionar mecanismos de socorro e de alerta; iv) Caracterizar vários tipos de acidentes em meio escolar; v) Avaliar a situação da vítima através de diagnóstico; e vi) Utilizar técnicas gerais de primeiros socorros.

Neste contexto, os Ministros da Educação, do Ambiente e do Ordenamento do Território, e da Reforma do Estado e da Administração Pública assinaram em 26 de Março de 2002 o Regulamento da Formação Inicial, Contínua e Especializada do Pessoal não Docente dos Estabelecimentos da Educação e Ensino não Superior[8]. E na continuidade do trabalho que vinha a ser realizado, os centros de formação de associação de escolas são considerados como entidades formadoras competentes.

2. PLANO DE FORMAÇÃO EM SOCORRISMO E RESPECTIVO PLANEAMENTO DIDÁCTICO

Tendo o Centro FEVIP proposto ao conselho Coordenador de Formação contínua a acreditação de duas acções de formação, em 14 de Dezembro de 1999 a Direcção-Geral da Administração Educativa concedeu-lhe as respectivas acreditações para as acção de formação «Gestos que Salvam Vidas I: Ressuscitação Cardiopulmonar e Hemorragias/ Choque», com o número DGAE/04-1531/99, e «Gestos que Salvam Vidas II: Abordagem ao Trauma», com o número DGAE/04-1532/99. Estas acções de formação sob a modalidade de curso, cada uma com 45 horas de duração (30 horas práticas e 15 horas teóricas), realizaram-se, respectivamente, entre 14 de Março e 7 de Abril, e 2 e 25 de Maio de 2000, na Escola Secundária André de Gouveia.

No âmbito do PRODEP III, o Centro FEVIP decidiu dar continuidade à formação na área do socorrismo. Reeditou as acções de formação já referidas, e acreditadas, realizando-as nos períodos, respectivos, de 8 de Abril a 13 de Maio, e de 20 de Maio a 28 de Junho de 2002. Segundo a actual Directora do Centro FEVIP, Maria Fernanda Carrageta, embora o plano de formação para 2002 tivesse sido da competência do anterior Director do Centro, a avaliação das acções de formação realizada no ano de 2000 foi muito positiva, vindo ao encontro das detectadas necessidades de formação dos formandos, e daí impor-se como muito oportuna a sua nova realização.

Os formandos que frequentaram estas acções de formação apresentavam a categoria profissional de auxiliar de acção educativa, embora, com as devidas excepções, coexistissem, ainda, um auxiliar de serviços gerais, um guarda-nocturno, e uma técnica auxiliar principal. O Centro FEVIP autorizou, para além destes formandos, que um auxiliar de acção médica do Hospital do Espírito Santo de Évora e uma telefonista da Universidade de Évora frequentassem os referidos cursos. A média de idades dos formandos era de 40,0 anos, sendo a classe 36-40 anos aquela que apresenta maior frequência, seguida da

8. Portaria n.º 532/2002, de 18 de Maio.

classe 45-50 anos. As 4 acções de formação contemplaram 80 formandos. Cerca de 41% dos formandos tinha entre 1 e 5 anos de serviço, sendo seguidos pelo grupo, de 26%, que já prestou serviço, no limite máximo, de 10 anos. Cerca de 67% dos formandos não ultrapassava o 6.º ano de escolaridade, e que somente 16% tinha o 12.º ano como habilitações literárias. Foram 20 os centros de educação e de ensino contemplados com estas acções de formação.

O formador com intervenção no âmbito da formação contínua do pessoal não docente nas acções descritas satisfazia os requisitos fixados no respectivo regime jurídico, encontrando-se certificado nessa qualidade pelo Concelho Científico-Pedagógico da Formação Contínua de Professores e pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional. Do seu currículo destacam-se, ainda, algumas particularidades, como, por exemplo, a certificação de instrutor de socorrismo (Direcção de Ensino de Socorrismo da Cruz Vermelha Portuguesa) e a de instrutor de suporte básico de vida (Conselho Português de Ressuscitação), a experiência de campo em emergência pré-hospitalar e a autoria de um livro dedicado ao tema da acção de formação.

Os objectivos definidos para as acções de formação são os que, a seguir, se discriminam (Quadro 1):

Quadro 1. Objectivos de aprendizagem das acções de formação «Gestos que Salvam Vidas I: Ressuscitação Cardiopulmonar, Hemorragias/Choque» e «Gestos que Salvam Vidas II: Abordagem ao Trauma».

OBJECTIVOS DA ACÇÃO GSV I	OBJECTIVOS DA ACÇÃO GSV II
- Conhecer as dez principais causas de morte no Mundo, na Europa e em Portugal.	- Conhecer as dez principais causas de morte no Mundo, na Europa e em Portugal.
- Reconhecer a importância de um sistema de emergência médica pré-hospitalar na promoção da saúde.	- Reconhecer a importância de um sistema de emergência médica pré-hospitalar na promoção da saúde.
- Conhecer o sistema integrado de emergência médica português.	- Conhecer o sistema integrado de emergência médica português.
- Reconhecer a importância do bystander na cadeia de sobrevivência.	- Reconhecer a importância do bystander na cadeia de sobrevivência.
- Relembrar conhecimentos teóricos básicos de biologia humana.	- Relembrar conhecimentos teóricos básicos de biologia humana.
- Compreender o conceito de doença.	- Compreender o conceito de doença.
- Identificar situações que colocam em risco a vida de uma pessoa.	- Identificar situações que colocam em risco a vida de uma pessoa.
- Conhecer medidas de protecção.	- Conhecer medidas de protecção.
- Realizar os exames primário e secundário a um paciente.	- Realizar os exames primário e secundário a um paciente.
- Aplicar técnicas de suporte básico de vida em pacientes adultos, crianças e bebés.	- Aplicar técnicas de suporte básico de vida em pacientes adultos e crianças.
- Descrever os métodos de desobstrução das vias aéreas.	- Descrever os mecanismos do trauma.
- Aplicar métodos de controlo de hemorragias.	- Demonstrar a abordagem ao paciente vítima de trauma.
- Compreender as medidas de prevenção do shock.	- Conhecer as medidas de actuação em caso de neurotraumatologia.
- Identificar potenciais substâncias tóxicas no local de trabalho.	- Caracterizar a actuação do socorrista nos traumas torácico e abdominal.
- Conhecer medidas de socorro numa intoxicação.	- Proceder à lavagem, desinfecção e cobertura de feridas.
- Desenvolver as «qualidades de um bom socorrista».	- Realizar a cobertura do corpo humano com ligaduras elásticas e triangulares.
- Orientar a sua conduta pelo «decálogo do socorrista».	- Aplicar os procedimentos de emergência em ortotraumatologia.
	- Descrever a actuação do socorrista em traumas térmicos.
	- Caracterizar doenças súbitas mais frequentes.

- Sistematizar a actuação do socorrista em caso de doenças súbitas.
- Desenvolver as «qualidades de um bom socorrista».
- Orientar a sua conduta pelo «decálogo do socorrista».

Os conteúdos programáticos, e a respectiva calendarização, apresentam-se no Quadro 2:

Quadro 2. Conteúdos programáticos, e respectiva calendarização, das acções de formação «Gestos que Salvam Vidas I: Ressuscitação Cardiopulmonar, Hemorragias/Choque» e «Gestos que Salvam Vidas II: Abordagem ao Trauma».

CONTEÚDOS GSV I	SESSÕES DE 3 h	CONTEÚDOS GSV II	SESSÕES DE 3 h
1 - Protecção e Promoção da Saúde	2	1 - Protecção e Promoção da Saúde	2
2 - Princípios gerais de socorrismo	1	2 - Princípios gerais de socorrismo	1
3 - O exame do paciente e posições de espera e de transporte	2	3 - O exame do paciente e posições de espera e de transporte	2
4 - Suporte Básico de Vida	5	4 - Suporte Básico de Vida	3
5 – Hemorragias	2	5 - Trauma	3
6 - *Shock*	1	6 - Doenças súbitas	3
7 – Intoxicações Avaliação	1 1	Avaliação	1

Vejamos, agora, uma descrição, sumária, do tipo de metodologias de ensino de aprendizagem aplicadas. Ambos os cursos iniciaram com uma dinâmica própria para o conhecimento inter-formandos, e entre estes e o formador. Foi realizada, de seguida, uma apresentação de estudos de caso, sob a forma de diapositivos, cobrindo a quase totalidade das matérias a estudar durante as sessões formativas. Em todo o processo de ensino foi dada especial atenção a três níveis de desenvolvimento: conhecimento substantivo e processual, competências, raciocínio, e atitudes.

No desenvolvimento do processo de aprendizagem foi considerado como factor importante, para um trabalho bem sucedido, as atitudes que promovam o desenvolvimento global do formando, fomentando um pensamento criativo, crítico e prático. Para isso, procurou-se, em todo o momento, que a informação apresentada cumprisse as duas condições básicas para que adquirisse significado psicológico e gerasse aprendizagens significativas.

Uma vez que os formandos são agentes educativos, o ensino dos temas partiu sempre de estudos de caso, com os quais eram diagnosticados as actuações de emergência que os formandos teriam naquelas situações. Seguia-se o confronto e encontro argumentativo entre formando-formador, acerca do exposto pelos formandos, e a clarificação e explicitação do tema, através da procura de subsunçores adequados.

Na continuação, o formador realizava uma técnica específica no seu andamento normal. Num segundo momento, desenvolvia a mesma técnica, embora explicando o que fazia em cada passo. Solicitava, depois, que os formandos descrevessem a técnica, enquanto o formador, segundo as orientações deles, a realizava. Por último, os formandos repetiam a técnica, de forma prolongada e em sub-grupos, necessariamente supervisionada, procurando-se o desenvolvimento de gestos mecânicos perante a situação-problema.

Vê-se que houve o propósito, claramente, de provocar, por um lado, aprendizagens significativas, e, por outro, aprendizagens mecânicas. Na verdade, estes conceitos não

são dicotómicos. Estes tipos de aprendizagem são, antes, os extremos de um continuum de aprendizagens. Daí que se «navegasse» entre o estudo teorético do caso e da técnica através da clarificação de relação entre conceitos, ou mesmo com exposições orais, e a sua execução fosse levada ao limite da mecanicidade para oferecer-se como resposta imediata um estímulo em situação de socorro.

Dada esta especificidade dos conteúdos, as estratégias utilizadas basearam-se, quase sempre, em metodologias activas e participativas, com especial atenção na promoção do trabalho em equipa. A posteriori, o formador fazia uma ponte de transposição entre as competências adquiridas, o estudo de caso, e a sua aplicabilidade em situação de acto.

Foram estabelecidos contactos com a Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Évora, e disponibilizada uma ambulância do tipo B para observação. Os formandos tiveram oportunidade de confrontar o equipamento em uso nas aprendizagens com a carga de uma ambulância, e contactar directamente com os recursos usados nos postos de emergência. Fez-se, ainda, a apresentação de um tripulante de ambulância de socorro (TAS), com um breve relato das suas experiências pessoais no campo da emergência. Seguiu-se, depois, uma partilha de experiências dos formandos, e troca de pedidos de esclarecimento e várias perguntas ao TAS acerca da sua actividade.

Os recursos didácticos utilizados foram variados e considerados, conforme se descreve: recursos áudio-visuais (transparências, diapositivos, filmes, material clínico diverso, manequins de treino de RCP. O ratio manequim de treino de RCP/formando foi de 1:2[9].

Será importante destacar que, com a aquiescência do Centro FEVIP, muito do referido material clínico foi ofertado aos formandos, com o objectivo de constituírem a sua mala de primeiros socorros, e o restante, não usado, serviu para guarnecer um armário e duas bolsas de primeiros socorros. Foram utilizados três mecanismos de barreira na prática de RCP: uma face do manequim por cada formando, ou, em alternativa, a sua limpeza com desinfectante; uso de um saco de ventilação individual (AMBU® MULTIMAN™); e utilização de uma máscara LAERDAR® para práticas de ventilação artificial.

Este tipo, e variedade, de equipamento gerou grande dinamismo, auto-aprendizagem, cooperação entre formandos, experimentação livre de novas situações, e uma orientação individual mais precisa por parte do formador. Quarenta dos formandos, nas quatro acções, não registaram falta alguma, e 17 formandos faltaram a uma/duas sessões. Para além de outras interpretações, estes dados revelam um elevado sentido de responsabilidade dos formandos pelo acto formativo, e, em última análise, uma forte motivação que apela à presença nas aulas.

3 - RESULTADOS DE APRENDIZAGEM

A avaliação dos formandos revestiu-se de quatro modalidades. A primeira, de carácter diagnóstico, já apontada, foi realizada no início do programa de formação e de cada unidade temática, visando averiguar a estrutura cognitiva do formando para se construírem aprendizagens significativas. A avaliação formativa, a mais importante, desenvolveu-se em continuum em todas as sessões, e procurou aquilatar acerca o processo de aprendizagem do formando no decorrer desta. A avaliação sumativa pretendeu avaliar a consecução do formando no final do curso. O conhecimento substantivo foi avaliado através de um

9. a) AMBU® MULTIMANTM, que permitem autocontrole por parte do formando da extensão do tórax, e da pressão de compressão torácica; b) AMBU® MANTM, que para além do skillmeter possui uma ligação ao AMBU® CPR *software Kit*, permitindo elevados níveis de proficiência e de trabalho autónomo de aperfeiçoamento; c) Resuci® AnneTM da LAERDAR, com skillguideTM; d) Resuci® Little AnneTM da LAERDAR; e) AMBU® BABY; e f) Kyle da Simulaids, inc. (criança).

teste escrito, com 34 e 46 perguntas com resposta de escolha múltipla, respectivamente para os cursos GSV I e GSV II, (Quadro 3). A avaliação dos saberes processuais e das técnicas, dada a natureza do curso, transferiu-se para a avaliação formativa, com carácter de recolha de informação e actuação no reforço ou emenda de determinadas técnicas, bem como as formas da avaliação formadora acerca das atitudes e tipos de raciocínio. Por fim, a avaliação prognóstica foi desenvolvida no final da última sessão, focalizando os potenciais projectos a desenvolver na escola de origem.

Quadro 3. Percentagem de acertos nas perguntas dos testes de avaliação sumativa.

Acertos (%)	GSVI 00	GSVII 00	GSVI 02	GSVII 02	Totais
90-100	1	1	2	0	4
75-89	1	1	1	6	9
50-74	10	13	12	9	44
25-49	5	6	4	2	17

Cerca de 60% dos formandos que beneficiaram destas acções de formação acertaram entre 50-74% das respostas do teste de avaliação sumativa, cerca de 23% ficou aquém do ponto médio de acertos. Temos várias explicações interpretativas para estes dados. Uma delas está associada à natureza do próprio instrumento de avaliação. Na verdade, o feedback recolhido nas acções GSV I e GSV II, realizadas no ano de 2000, permitiu optimizar os instrumentos, e obter melhores resultados nas edições dos cursos no ano de 2002. Relativamente às técnicas, em situação formativa, todos os formandos apresentaram níveis de proficiência adequados.

4 - AVALIAÇÃO DAS ACÇÕES DE FORMAÇÃO

As acções de formação foram avaliadas pelos formandos por intermédio de dois questionários, propriedade do Centro FEVIP. Os Quadros 4-15 apresentam os dados recolhidos pela aplicação dos questionários de opinião.

Quadro 4. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

Parâmetros	GSVI 00	GSVII 00	GSVI 02	GSVII 02	Totais
Realização dos objectivos da acção de formação	4,35	3,94	4,22	4,17	4,17
Adequação da metodologia utilizada na componente teórica	4,47	3,82	4,33	4,33	4,24
Adequação da metodologia utilizada na componente prática	4,41	4,16	4,50	4,26	4,33
Transferência da aprendizagem para melhoria do desempenho profissional	4,14	3,88	4,17	4,12	4,08
Adequação da duração	3,24	3,12	3,56	3,56	3,37
Adequação da gestão dos recursos materiais	4,17	3,88	4,28	4,06	4,10
Qualidade das instalações	3,58	3,44	4,28	3,67	3,74
Adequação do processo de avaliação	3,93	3,92	4,17	4,00	4,01

Legenda: 1 – nada; 2 – pouco; 3 – suficiente; 4 – muito; 5 – muitíssimo.

O item que registou menor média foi o relativo à duração do curso (3,37). Na verdade, muitos formandos comentaram que a acção de formação deveria ter maior carga horária. Segue-se a qualidade das instalações. A maior média (4,33) verificou-se na adequação do tipo de metodologias utilizadas na componente prática do curso. Ainda assim, a média de todos estes parâmetros situou-se 1,00 pontos acima do ponto médio esperado.

Quadro 5. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		INSUF (%)	SUF (%)	BOA (%)	MT BOA (%)
Este curso contribuiu para	GSV I 00	0	6,3	37,5	56,3
o incentivo à	GSV II 00	(a)	(a)	(a)	(a)
autoformação	GSV I 02	0	0	31,6	68,4
	GSV II 02	0	5,6	38,9	55,5
Este curso contribuiu para	GSV I 00	0	5,9	47,1	47,1
o aperfeiçoamento da	GSV II 00	(a)	(a)	(a)	(a)
competência profissional de	GSV I 02	0	0	31,6	68,4
forma:	GSV II 02	0	11,1	33,3	55,5

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Na opinião de 48% dos formandos, estes cursos terão constituído uma boa/muito boa contribuição para a sua autoformação. Corroborando a opinião dada anteriormente, acerca deste assunto, cerca de 47% dos formandos considerou que estes cursos irão contribuir para o seu aperfeiçoamento enquanto profissionais.

Quadro 6. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		NADA (%)	POUCO (%)	MUITO (%)
Os conteúdos abordados foram:				
	GSV I 00	0	20,0	80,0
Fáceis de assimilar	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	35,0	45,0
	GSV II 02	0	18,8	81,2
	GSV I 00	0	14,3	85,7
Inovadores	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	0	80
	GSVII 02	0	6,3	93,7
	GSV I 00	14,3	21,4	64,3
Pertinentes	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	20,0	15,0	35,0
	GSV II 02	12,5	25,0	62,5
	GSV I 00	0	7,1	92,9
Relevantes	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	5,0	0	70,0
	GSV II 02	0	6,3	93,7
	GSV I 00	0	0	100
Úteis	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	0	100
	GSV II 02	0	5,6	94,4

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP. (a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Alguns formandos (cerca de 17%) opinaram que não tinha havido pertinência dos conteúdos tratados no cursos GSV I, e outros (24,6%) que, de uma forma geral, são pouco fáceis de assimilar.

Quadro 7. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		NADA (%)	POUCO (%)	MUITO (%)
O curso frequentado	GSV I 00	0	5,9	94,1
correspondeu às necessidades	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
de formação	GSV I 02	0	0	100
	GSV II 02	0	0	100

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Muito embora alguns formandos (cerca de 20%) tenham considerado alguns dos conteúdos pouco pertinentes, a generalidade disse que os cursos corresponderam às suas necessidades de formação.

Quadro 8. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		POUCO RELEV. (%)	RELEV. (%)	MUITO RELEV. (%)
O curso apresentou aspectos	GSV I 00	0	41,2	58,8
relevantes para a prática	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
Profissional	GSV I 02	0	50,0	50,0
	GSV II 02	0	38,9	61,1

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Todos os formandos consideram que os cursos tinham aspectos relevantes para a sua prática profissional.

Quadro 9. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		LONGA (%)	ADEQ. (%)	CURTA (%)
	GSV I 00	0	41,2	58,8
A duração do curso foi:	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	70,0	30,0
	GSV II 02	5,6	50,0	44,4

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Cerca de 44% dos formandos considerou que as acções de formação tiveram uma curta duração, quando consideradas a quantidade de aprendizagens a realizar.

Quadro 10. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

A metodologia utilizada pelo formador foi:	GSVI 00 (%)	GSVII 00 (%)	GSVI 02 (%)	GSVII 02 (%)
Mais debate que exposição	0	(a)	0	0
Equilíbrio entre debate e exposição	47,1	(a)	35,0	38,9
Mais exposição que debate	0	(a)	0	0
Mais teoria que prática	0	(a)	0	0
Equilíbrio entre teoria e prática	88,2	(a)	100	100
Mais prática que teoria	5,9	(a)	0	0

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Segundo a opinião dos formandos, parece terem existido bons equilíbrios nas metodologias de ensino, em particular entre o debate e a exposição, e entre a teoria e a prática.

Quadro 11. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		ADEQUADOS (%)	INADEQUADOS (%)
Os recursos didácticos	GSVI 00	100	0
utilizados pelo formador	GSV II 00	(a)	(a)
foram	GSV I 02	95,0	0
	GSV II 02	100	0

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Os formandos consideraram que os recursos didácticos apresentados e utilizados foram adequados.

Quadro 12. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		INSUF. (%)	SUFIC. (%)	RELEV. (%)	POUCO RELEV. (%)
A bibliografia fornecida	GSV I 00	0	47,1	47,1	0
pelo formador foi:	GSV II 00	(a)	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	65,0	30,0	0
	GSV II 02	0	61,1	38,9	0

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Todos os formandos consideraram a bibliografia fornecida como suficiente e relevante. Nos cursos realizados no ano de 2000 foram distribuídos vários conjuntos de fotocópias, tendo-se optado, em 2002, pela oferta a cada formando da obra Práticas de Primeiros Socorros - Um Guia para Salvar Vidas, editado pelas Publicações Dom Quixote.

Quadro 13. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		SIM (%)	NÃO (%)
O formador demonstrou	GSV I 00	88,2	0
competência pedagógica	GSV II 00	(a)	(a)
	GSV I 02	90,0	5,0
	GSV II 02	100	0
O formador demonstrou	GSV I 00	94,1	0
competência científica	GSV II 00	(a)	(a)
	GSV I 02	90,0	0
	GSV II 02	94,4	0
O formador demonstrou	GSV I 00	94,1	0
capacidade de relacionamento	GSV II 00	(a)	(a)
	GSV I 02	85,0	0
	GSV II 02	94,4	5,6

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Os formandos consideraram que o formador revelou competências pedagógica e científica e capacidade de relacionamento.

Quadro 14. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		ADEQUADO (%)	INADEQUADO (%)
O processo de avaliação das	GSV I 00	88,2	0
aprendizagens foi	GSV II 00	(a)	(a)
	GSV I 02	85,0	0
	GSV II 02	100	0

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Todos os formandos respondentes opinaram que o processo de avaliação das aprendizagens foi adequado.

Quadro 15. Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		SIM (%)	NÃO (%)
Os espaços utilizados estiveram	GSV I 00	94,1	5,9
de acordo com as características	GSV II 00	(a)	(a)
do curso	GSV I 02	100	0
	GSV II 02	94,4	5,6

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

A generalidade dos formandos considerou que a gestão proxémica foi adequada e que os espaços destinados aos cursos estiveram de acordo com as suas características.

5 - IMPRESSÕES

5.1. A Directora do Centro FEVIP

Segundo a Directora do Centro FEVIP, Maria Fernanda Carrageta, os cursos realizados tiveram uma avaliação positiva, no que respeito aos conteúdos tratados, assim como as metodologias. Os formandos terão «aprendido algo de importante para a sua vida pessoal e para a prática profissional». O formador terá sido bem compreendido pela generalidade dos formandos, uma vez que utilizava uma linguagem simples, ao nível dos formandos, sem deixar de ser correcta.

Disse, também, que os formandos têm demonstrado muito interesse neste tema. Embora só pudessem ser admitidos, pela natureza do curso, um número de 20 formandos, existiram 45 candidaturas ao cursos GSV I '02, e 40 para o curso GSV II '02. Este facto levantou uma dificuldade ao Centro FEVIP: a selecção dos formandos, de forma a evitar fricções por rejeição de candidaturas. Os critérios de selecção encontram-se expressos no Regulamento do Centro FEVIP, e incluem a proveniência do formando (escola de origem), o número de formandos por cada escola, e a sua situação contratual. De acordo com a Directora do Centro FEVIP, cada caso é analisado isoladamente e só após um estudo detalhado da situação o Centro decide.

Na entender de Maria Fernanda Carrageta, o tema dos primeiros socorros continua a ser muito importante. Nesse âmbito, o Centro FEVIP terá sido pioneiro na formação do pessoal não docente, tendo iniciado uma formação na área no ano de 2000, seguida em 2002, sem que para tal fosse necessário existir legislação a que tal obrigasse. Com a nova carreira dos assistentes de acção educativa, e com os conteúdos programáticos definidos no Despacho conjunto n.º 466/2002 publicado em 27 de Abril de 2002, o socorrismo passou a integrar o tema da «Escola promotora da saúde», com cerca de 5% do tempo de formação daquele profissional (aproximadamente 13 h de formação), dando assi, mais significado à formação nesta área.

5.2. Os formandos

Foi pedido aos formandos, por escrito, que expressassem pela mesma via a sua opinião sobre o mais lhes tinha agradado no curso que tinham frequentado, bem como os aspectos considerados menos positivos. Desses resultados damos conta nos Quadros 16 e 17:

Quadro 4.21. Aspectos positivos das acções de formação considerados pelos formandos.

Aspectos positivos	Frequência (ni)
1 O tipo de aprendizagens geradas. Alguns formandos não tinham noções correctas acerca dos procedimentos em emergência.	16
2 A utilidade das aprendizagens realizadas: no aspecto pessoal e na prática profissional.	4
3 O convívio e a camaradagem que se desenvolveu interpares.	12
4 A competência do formador. O tipo de conhecimentos que demonstrou, a pertinência dos comentários, a dedicação para promover as aprendizagens e a sua simpatia. O tipo de metodologias utilizadas, em particular nas aulas práticas.	24

Quadro 4.22. Aspectos a melhorar das acções de formação considerados pelos formandos.

Aspectos a melhorar	Frequência (ni)
1 A duração do curso. Houve pouco tempo para aprender em função da grande extensão de matérias do Programa.	6
2 O desinteresse de alguns colegas formandos, manifestado em comportamentos desadequados. A falta de motivação de alguns formandos.	2

Um formando teve uma interessante experiência, a nível de primeiros socorros, na escola onde trabalha, e disso veio dar conta numa das sessões de formação. Decidimos entrevistá-lo, e aproveitar para revelar alguns elementos do seu pensamento que nos parecem úteis ao momento. Segundo o formando, existiram basicamente dois motivos para frequentar as acções de formação:

> *Em primeiro lugar, era-me exigido profissionalmente 250 horas de formação. Perante o quadro de temas, o que me despertou algum interesse, embora sem conhecimento prévio, foi os primeiros socorros. À parte da parte profissional, também queria, de alguma maneira, ficar com algumas luzes relativamente a problemas que até podem surgir com os meus familiares, ou problemas a nível profissional, uma vez que se lida aqui [na escola] com muitos alunos. Para o segundo curso as motivações foram diferentes. A primeira fase veio elucidar aquilo que eram os primeiros socorros, porque eu estava fora de tudo isso. A segunda fase acho que foi já um aproveitar de conseguir mais conhecimentos do que aqueles que consegui a nível da primeira.*

Logo após as primeiras sessões formativas, alguns sentimentos perturbadores assolaram o formando:

> *Relativamente às primeiras aulas surpreenderam-me, porque eu pensava que aquilo ia tratar de umas pequenas feridas, um penso, uma desinfecção, uma ligadura por cima da ferida, e fiquei estupefacto quando vi que realmente as coisas não eram aquilo que eu estava a pensar. Aprofundava-se muito mais, tínhamos que ir mais ao fundo da questão a nível de conhecimentos. Nunca me passou pela cabeça que me fosse dado a conhecer todas as partes do corpo humano, que eu à partida nem estava a pensar que íamos dar essa matéria, mas que depois cheguei à conclusão de que tudo aquilo era necessário, porque nós demos a parte integrante toda do corpo, membros superiores, membros inferiores, cabeça, a nível de artérias, vasos, veias (...), que eu nunca me passou pela cabeça que fosse tão profundo, que os conhecimentos que tivesse de adquirir que eram tão profundos.*

> *Foi chato, ali uns dias. Pensei assim: «mas afinal, para que é que eu tenho de saber isto tudo?» Com o andar dos dias, e vindo depois juntar-se à parte teórica a prática, cheguei à conclusão de que tudo aquilo era necessário. Deparam-se situações, que se a gente não souber porque é que está a calcar num sítio ou está a calcar no outro, ou porque é que o doente lhe dói aqui, ou porque é que a hemorragia está a ser aqui e onde é que a pode controlar, e então se não tiver conhecimentos da parte integrante do corpo humano, nunca chega a lado nenhum. E então cheguei à conclusão que tudo aquilo, que eu à partida me tinha surpreendido, tinha de ser mesmo assim, e de bom agrado, ao fim e ao cabo, acabei por aceitar a segunda parte, porque era a continuação da primeira. As coisas separadas, se calhar, não faziam muito sentido, os conhecimentos tinham que ser o seguimento uma coisa da outra.*

Acerca da pertinência dos assuntos tratados, o formando também fez um comentário:

> *Hoje penso, depois de tudo aquilo que se passou, é que todas estas coisas que fui assimilando ao longo do curso, se calhar, têm a ver com a vida particular, a vida profissional, e de um momento para o outro podem ser necessárias. Tanto faz na profissão, porque se lida com muita gente e é natural acontecerem problemas, tanto faz em casa, que pode surgir um problema qualquer, em que o auxílio de outras pessoas esteja um bocado longe e demore, e nós tenhamos ter a noção do que são os primeiros socorros e tentar fazer as coisas pelo lado bom. Não é fazer as coisas à deriva, porque isso, às vezes, em vez de beneficiar o paciente pode prejudicá-lo. Acho que tem muita utilidade tudo aquilo que me foi transmitido.*

Parecem ter ocorrido algumas alterações na forma de estar e de sentir do formando, provocadas pelas aprendizagens durante as acções de formação:

> *Sinto-me diferente porque adquiri alguma cultura em relação aos primeiros socorros que*

nunca a tive, porque se calhar o ponto por onde andei na minha educação também nada se relacionava com isso, e encaro as coisas um bocado diferente. Nunca me passou pela cabeça que houvesse protocolos a nível da CEE em que há normas para socorrer pacientes, e agora sei que tudo isso está escrito, que foi acordado e que não se socorre um paciente de qualquer maneira e feitio.

Em parte, se formos ao global, não tive situações que me agradassem menos. Tirando aquela parte de princípio, a parte teórica, em que para mim houve ali uns dias em que me estava a passar pela cabeça que era uma maçada, que nada daquilo me ia servir, depois o resto para mim foi agradável, até ao fim. Foi um tempo que eu passei naquela formação em que me é muito útil.

Por fim, o formando relatou a experiência de observação de um acidente que teve na escola onde trabalha:

Ao aperceber-me que uma ambulância estava a deslocar-se para o ginásio, por curiosidade e por ser empregado da escola, dirigi-me ao ginásio para ver o que é que se passava. E quando entrei no ginásio deparei com um indivíduo estendido no solo, que segundo as pessoas que assistiram, relataram que andavam a jogar futebol, chocaram os dois de cabeça, e um ficou estendido no chão. Quando cheguei ao local já estava o TAS a socorrer o paciente e abordei-o, e cheguei mais ao pé do paciente e das pessoas que estavam, para verificar, quase tipo fiscalizar, o que se estava a passar, para chegar à conclusão se tudo aquilo que o TAS ia fazer era relativamente que eu já tinha aprendido na acção que estava a frequentar.

E cheguei à conclusão, depois de todo o trabalho que foi feito, que as coisas foram feitas tal e qual como eu estava a aprender na acção de formação. Também cheguei a uma conclusão. Se não andasse na acção de formação, se calhar o meu pensamento, relativamente às funções que o TAS desempenhou, seria diferente, porque qualquer uma pessoa que chega ao pé de uma pessoa que está com um problema qualquer que não entende da matéria, ou que nunca passou por formação, se calhar, a primeira coisa que devia fazer era agarrar no doente, ou às costas, ou ao colo, e levá-lo para a ambulância para socorrê-lo o mais rápido possível, e eu como estando na formação, cheguei à conclusão que as coisas não podem ser assim, e já olhei totalmente diferente para a pessoa que estava a socorrer o paciente.

Se não tivesse andado na formação e se não tivesse passado por aquelas coisas todas, se calhar continuava a ter a minha maneira de pensar, e chegava lá e gritava com a pessoa: «socorra mas é a pessoa! Para que é que você está a fazer perguntas?»

Vi o TAS chegar ao pé da pessoa, chamar por ela para ver se reagia, perguntar pela idade, pelo nome, o dia em que estava da semana, se sabia o local onde estava. Depois passou para os membros inferiores e pondo-lhe a mão na biqueira dos ténis mandou-o fazer força, tanto faz num pé como no outro. Passou aos membros superiores, e meteu-lhe a mão na mão dele e mandou-lhe apertar a mão. Fiscalizou também a nível da vista. Depois fez o levantamento para uma maca dura, sem colar cervical, transportaram-no para a ambulância e seguiram para o hospital. Segundo aquilo que vi fazer pelo TAS, acho que as coisas foram feitas dentro da norma e correctamente. As coisas têm que ser feitas com cabeça, tronco e membros. Um paciente que está inanimado, no chão, não vamos agarrá-lo por uma perna para o transportar, seja para onde for. Temos que fazer o exame primário.

Em jeito de conclusão, o formando disse que:

A experiência por onde eu passei deveria ser estendida a todos os meus colegas. Principalmente na escola onde eu estou, há turnos, nem sempre aqueles que passaram pela acção de formação estarão presentes num eventual problema. Eu penso que isto deveria ser extensível a toda a gente, e em vez de ser facultativo deveria ser quase tipo obrigatório. As pessoas que estão nas escolas, nos infantários, a nível das repartições públicas deveriam

todas ter esta formação em primeiros socorros.

No fim do curso o que me regozijou foi tudo aquilo que consegui assimilar. Foi criado um grupo à volta da formação, de pessoas que não se conheciam. Foi criado um espírito de camaradagem e de grupo inesquecível. Se tivesse oportunidade de aprofundar mais os meus conhecimentos, em novas acções de formação, só não me inscreveria nessas acções se não me deixassem ir, ou se não pudesse mesmo ir. Eu, hoje, a maior parte das coisas se não for fazendo uma reciclagem a mim próprio, dando umas voltas ao livro e aos apontamentos que tenho, a maior parte das coisas esqueço-me. E ainda bem que não temos casos para praticar, porque senão, isto era o cúmulo, não é?

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em guisa de síntese, parece-nos que esta experiência foi francamente positiva, pela impressão que causou nos formandos, despertando-os para a autoaprendizagem e abertura para novas realidades, mas, em particular, no tipo de aprendizagens que terá gerado.

Em momentos futuros de realização desta acção, será conveniente atender aos seguintes aspectos, a melhorar:

- Utilizar uma linguagem mais simplificada, adaptada ao nível escolar dos formandos, embora sem imprecisões e erros.
- Imprimir menor profundidade nos assuntos para facilitar a assimilação.
- Apresentação de mais estudos de caso a fim de tornar os assuntos mais pertinentes.
- A menor profundidade conduzirá a maior tempo disponível para aprender.
- Melhorar a linguagem utilizada nos testes de avaliação das aprendizagens.
- Construir questionários de avaliação de acção objectivos e rigorosos, sem deixar margem para dúvidas acerca do que se pretende medir.

CRIANÇA SEGURA/OLHÃO SEGURO

Ana Lam[1] & Ana Evaristo[2]

Resumo

Os dados a que se refere este trabalho referem-se aos Anos Lectivos 2005/06 e 2007/08.
Feito o diagnóstico da situação, após diversos levantamentos com observação directa à porta das escolas, foram iniciadas acções de sensibilização com as crianças e posteriormente com pais/Encarregados de Educação.
Após as acções foram realizados novos levantamentos à porta das escolas tendo-se verificado que o número de crianças transportadas de forma segura no automóvel aumentou na cidade de Olhão.

Palavras-chave

Segurança infantil; transporte de crianças.

INTRODUÇÃO

Os acidentes de viação envolvendo veículos motorizados constituem uma das principais causas de morte, ferimentos e incapacidades adquiridas em crianças, em todo o mundo. No nosso país, milhares de crianças sofrem ferimentos ou morrem em acidentes de trânsito todos os anos.

"Os acidentes rodoviários são a primeira causa de morte nas crianças portuguesas e, ao contrário dos outros países da EU, mais de metade das vítimas mortais são passageiros. Estima-se que em média, morrem ou ficam deficientes nas ruas e estradas portuguesas 438 crianças passageiros por ano. Isto é, mais do que uma criança por dia.", (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, APSI. Dezembro 2001).

> *"…estima-se que o nível de protecção conferido pelos sistemas de retenção para crianças no automóvel seja, em média, de 75%, podendo atingir valores superiores a 90% nos casos em que a criança viaja voltada para trás…", (APSI, Dezembro 2001).*

Apesar de todas as campanhas informativas desenvolvidas por instituições credenciadas no nosso país esta realidade está longe de ser diferente. Atendendo a este facto, a Equipa de Saúde Escolar do Centro de Saúde de Olhão, em parceria com a Equipa da Escola Seguras da PSP de Olhão e Município de Olhão, iniciaram no Ano Lectivo 2005/06 o Projecto "Criança Segura/Olhão Seguro".

Os dispositivos de retenção para crianças são muito eficazes e, quando utilizados correctamente, conferem protecção adequada. O uso destes dispositivos pela população portuguesa vem aumentando, especialmente na faixa etária abaixo dos 6 anos, mas muitas ainda não utilizam estes equipamentos ou são transportadas sem a contenção apropriada, possibilitando a ocorrência de fatalidades potencialmente evitáveis.

> *"O local em que a criança é transportada no interior do veículo pode representar um risco adicional. Nos casos de impacto frontal, crianças transportadas no banco traseiro têm menor risco de morrer, ou sofrer ferimentos graves". (Adura FE, Montal JHC, Racy FFF, Ribeiro MA,Sabbag AF, Seid ME, p.3).*

1. Centro de Saúde de Olhão – Equipa de Saúde Escolar. **analam@sapo.pt**
2. Centro de Saúde de Olhão – Equipa de Saúde Escolar. **anacristina.evaristo@gmail.com**

METODOLOGIA

"Reduzir o número de crianças, entre os 3/12 anos, transportadas de forma inadequada no automóvel".

Ao definir o objectivo deste trabalho, não foi estabelecida nenhuma percentagem em relação à redução do numero de crianças transportadas de forma pouco segura no automóvel, pelo facto de considerarmos que se conseguíssemos, em cada etapa, reduzir esse numero para menos uma criança transportada de forma inadequada, o objectivo já teria sido atingido em parte – pois poderíamos ter contribuído indirectamente para que menos uma criança/família sofresse os efeitos nefastos de um transporte em condições pouco seguras.

ESTRATÉGIAS

- Sensibilizar crianças do Pré-Escolar e 1.º Ciclo, nas escolas oficiais da cidade de Olhão e respectivas famílias e Educadores/Professores para a importância da segurança no automóvel, através da utilização dos meios de contenção/retenção adequados de forma correcta;
- Esclarecer dúvidas ás famílias.

Foram efectuados contactos com a APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil, entidade credenciada, com vários trabalhos e publicações realizados na área da Promoção da Segurança Infantil em geral, e no transporte da criança em automóvel, em particular. A APSI remeteu-nos para a sua representante no Algarve, com quem mantivemos um encontro onde nos foi fornecido diverso material de suporte, bem como sugestões.

Foi então realizado o diagnóstico da situação através de levantamentos à porta das escolas da Cidade de Olhão, onde foram registados em impresso elaborado para o efeito, as condições em que as crianças dos 0/12 anos eram transportadas no automóvel, com breve informação oral e escrita aos familiares que as acompanhavam.

O Diagnóstico da situação confirmou a necessidade de realização deste trabalho, uma vez que mostrou que 59% das crianças viajavam, no automóvel, de forma desadequada.

Considerando que

"Um sistema de retenção para crianças é o conjunto de componentes, que pode incluir uma combinação de precintas ou componentes flexíveis com uma fivela de aperto, dispositivo de regulação, acessórios e, nalguns casos, uma cadeira adicional e/ou um escudo contra impacte, capaz de ser fixado a um automóvel, sendo concebido de modo a diminuir o risco deferimentos do utilizador em caso de colisão ou desaceleração do veiculo através da limitação de mobilidade do seu corpo".(Artigo APSI, 2004).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1. Número de crianças observadas em veículos automóveis, por Ano Lectivo

Crianças observadas em veículos automóveis antes do Inicio das Acções	2005/2006	2007/2008
	486	561

Através da análise do Quadro 1, verificamos que o número de crianças observadas aumentou no Ano Lectivo 2007/08. Este aumento deve-se ao facto de as observações se terem efectuado nos horários de inicio do período lectivo: Manhã e Tarde, e não só no período da manhã, como tinha acontecido anteriormente.

Foram iniciadas as acções de sensibilização, primeiro com as crianças e após estas, em cada Agrupamento de Escolas, com as famílias.

Quadro 2. Escolas existentes e abrangidas, por Ano Lectivo

Escolas Existentes no Concelho	2005/2006	2007/2008
Pré-Escolares oficiais	4	4
Escolas E.B. 1	14	12
Infantários Privados	?	?
Colégios	2	2
Escolas abrangidas	2005/2006	2007/2008
Pré-Escolares oficiais	4	0
Escolas E.B. 1	6	6
Infantários Privados	6	0
Colégios	1	1

Através da análise do Quadro 2, verificamos que não foram abrangidas o total de Pré-escolas e Escolas do 1.º Ciclo do Concelho. Esta realidade prende-se com o facto de este trabalho ter sido realizado em parceria com a PSP Olhão, que tem a sua actuação limitada à Cidade de Olhão; no Ano Lectivo 2007/08, foi feita uma tentativa junto do Município para que as crianças das escolas fora da cidade fossem transportadas à mesma para serem alvo de sensibilização, pedido esse que não teve qualquer resposta; ainda no Ano Lectivo 2007/08, não foram abrangidos alunos do Pré-Escolar e Infantários. Esta decisão foi tomada pelo facto de a metodologia utilizada no 2.º ano em que decorreu o projecto não se coadunar com a tenra idade destas crianças. Em relação ao número de Escolas do 1.º Ciclo abrangidas, este foi o mesmo.

Quadro 3. Número de turmas, alunos e Acções com famílias, por Ano Lectivo

N.º de Turmas envolvidas	2005/2006	2007/2008
	86	69
N.º de Alunos envolvidos	2005/2006	2007/2008
	1766	1409
N.º de Acções com Famílias	2005/2006	2007/2008
	6	7

Através da análise do Quadro 3, verificamos que o número de turmas abrangidas no Ano Lectivo 2007/08 foi sensivelmente inferior ao do Ano Lectivo 2005/06. Este facto deve-se ao facto de o número de alunos matriculados no 1.º Ciclo no Concelho de Olhão ter decrescido; verificamos ainda que o número de alunos abrangidos no Ano Lectivo 2007/08 foi sensivelmente inferior ao do Ano Lectivo 2005/06. Este facto deve-se ao facto de o número de alunos matriculados no 1.º Ciclo no Concelho de Olhão ter decrescido; verificamos também que a percentagem de Pais/EE envolvidos nas acções aumentou sensivelmente, talvez devido ao facto de termos optado por fazer estas acções escola a escola no 2.º Ano do Projecto, ao invés de as realizar por Agrupamento de escolas como aconteceu no 1.º Ano.

Quadro 4. Número de Pais/EE presentes em cada sessão, por Ano Lectivo

N.º de Pais e Encarregados de Educação	2005/2006	2007/2008
Escola E. B. 1 n.º 1/2	8	15
Escola E. B. 1 n.º 3	9	1
Escola E. B. 1 n.º 4	25	20
Escola E. B. 1 n.º 5	25	18
Escola E. B. 1 n.º 6	9	10
Colégios	27	20

Através da análise do Quadro 4, verificamos que o numero de Pais/EE envolvidos nas acções aumentou numas escolas e baixou noutras.

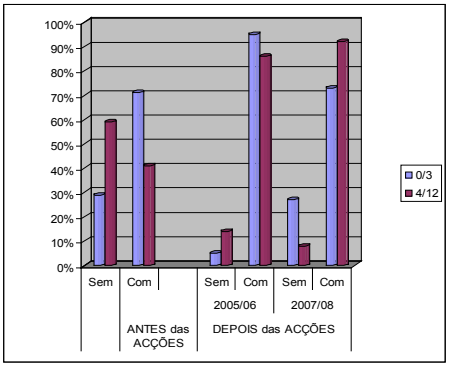
Terminadas as acções de sensibilização em todas as escolas oficiais da Cidade de Olhão, foram realizados novos levantamentos à porta das escolas, nos mesmos moldes dos realizados no início do estudo, para comparação de resultados. Após o estudo dos resultados, verificou-se que o número de crianças transportadas de forma segura no automóvel, na cidade de Olhão, tinha aumentado.

Quadro 5. Número de crianças observadas após as acções, por Ano Lectivo

Crianças observadas em veículos automóveis	2005/2006	2007/2008
	486	561

Através da análise do Quadro 5, verificamos que o número de crianças observadas aumentou no Ano Lectivo 2007/08. Este aumento deve-se ao facto de as observações se terem efectuado em horários de início do período lectivo: Manhã e Tarde, e não só no período da manhã, como tinha acontecido anteriormente.

Gráfico 1. Comparação entre a percentagem de crianças com e sem Meio de Contenção por Ano Lectivo e Faixa Etária



Na faixa etária dos 0/3 anos a única intervenção que houve foi a observação e sensibilização de adultos, durante a observação. Nesta faixa etária houve, em 2005/06, um aumento do número de crianças que passaram a usar Meio de Contenção, possivelmente devido ao facto de ter entrado em vigor o Novo Código da Estrada, em 2005, que estabelece, no seu Artigo 55.º, as condições de segurança no transporte de crianças no automóvel, Este facto levou a uma maior sensibilização para o facto, quer através do meios de comunicação social, quer através da PSP e GNR.

Na Faixa etária 4/12, onde houve intervenção da equipa, houve uma diminuição do número de crianças que viajavam sem meio de contenção e um aumento das que passaram

a viajar utilizando meio de contenção. Este aumento pode dever-se ao trabalho da equipa, mas também à entrada em vigor do Novo código da Estrada.

METODOLOGIA

"...A educação rodoviária deve ser, então, entendida como um processo pedagógico que proporcione ao indivíduo as motivações, atitudes, conhecimentos e competências indispensáveis à interiorização e enraizamento de padrões comportamentais norteados pela segurança. Deve constituir um processo contínuo e acompanhado nas diferentes fases de desenvolvimento da pessoa desde a idade pré-escolar, passando pelos vários níveis de escolaridade, e prolongar-se ao longo das diversas etapas da sua vida..." (Gomes Rosa Maria, 2005, p.19), a educação é considerada aqui como um processo continuo de um sujeito que detém a informação para um sujeito que está disponível para adquirir esse mesmo conhecimento. O mesmo artigo refere ainda

"...Sendo os pais/encarregados de educação os primeiros e principais intervenientes no programa educativo da criança, e com quem esta mais frequentemente circula na via pública, cabe-lhes um importante papel na educação rodoviária dos filhos/educandos, devendo a sua acção assentar em dois eixos fundamentais: • a protecção da criança; • a educação da criança, através do exemplo e de acções educativas concretas..." (Gomes Rosa Maria, 2005, p.19) , há que criar mecanismos de fazer os pais/educadores entenderem este seu papel, informando-os e esclarecendo as suas dúvidas. Em relação ao papel da escola é referido que:

"...Espaço privilegiado pelo carácter eminentemente pedagógico que lhe é inerente, pela capacidade de articulação entre teoria e prática, pela diversidade de vivências e experiências que proporciona, a Escola tem um dos principais papéis a desempenhar na educação do indivíduo, pelo que lhe cabe também uma missão fulcral no tratamento pedagógico da Educação Rodoviária..." (Gomes Rosa Maria, 2005, p.19), aqui uma das estratégias pode ser a da criação de protocolos com outras instituições, nomeadamente Equipas de Saúde Escolar e DGV, APSI, etc, para que sejam trabalhados temas que vão de encontro às necessidades da Comunidade Escolar. Estes protocolos são formas de se puderem aprofundar os temas, recorrendo a instituições com técnicos mais vocacionados para os tratarem, aumentado assim a eficácia na aquisição de conhecimentos e consequentemente na obtenção dos resultados pretendidos

Os métodos utilizados, nas acções com as crianças, foram diferentes nos dois Anos lectivos em que decorreu o Projecto, assim:

- 2005/06 – método expositivo nas sessões, através da projecção das mensagens em formato informático, onde era referida a importância da segurança nas viagens em automóvel e consequências da sua ausência, com exemplos perceptíveis á idade do público alvo. È de salientar que era sempre incentivada a participação das crianças através da explanação de exemplos; e de factos passados com as próprias ou conhecidos;

- 2007/2008 – realização de um Jogo da Glória adaptado ao tema, nas sessões para as crianças, onde havia casas de prémio e casas de castigo, conforme as situações se relacionavam com crianças transportadas de forma segura ou não, respectivamente.

Nas acções com os familiares:

- método expositivo nas sessões para os familiares, através da projecção mensagens em formato informático, onde era referida a importância da segurança nas viagens em automóvel e consequências da sua ausência. É de salientar que

era sempre incentivada a participação dos familiares, através da discussão e do esclarecimento de dúvidas;

Nota: todas as sessões foram dinamizadas pelas Enfermeiras (Equipa de Saúde Escolar) e pelos Agentes da PSP (Equipa da Escola Segura).

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Pelo que anteriormente foi exposto, no mencionado Projecto foram sensibilizadas, para além das Crianças, Professores e Educadores. Só desta forma foi possível atingir resultados.

O sucesso nestes resultados teve a ver não só com a abordagem realizada, mas também, e disso temos consciência, da entrada em vigor do Novo Código da Estrada em Fevereiro de 2005, Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, no artigo n.º55.

Embora o número de crianças transportadas de forma correcta e segura no automóvel tenha aumentado na cidade de Olhão, consideramos que os valores apresentados deveriam ser confirmados com dados da PSP de Olhão, que ainda não faz este tipo de estatísticas.

Nesta impossibilidade, é nossa intenção criar em cada escola um Grupo de Teste – onde serão realizadas as Acções de Sensibilização, com as crianças e os familiares, para que se possam comparar os resultados em relação ao Grupo onde não serão feitas as sensibilizações.

É nossa intenção ainda manter este Projecto nas escolas anteriormente abrangidas, bem como estendê-lo a todas as escolas do Concelho, assim haja vontade politica para o fazer.

Este trabalho foi apresentado no I Fórum de Saúde Escolar, Novembro 2006;

Participação na Semana do Ambiente e da Criança, Organizada pelo Município de Olhão, Junho 2006.

BIBLIOGRAFIA

Adura FE, Montal JHC, Racy FFF, Ribeiro MA,Sabbag AF, Seid ME (Junho 2006). Segurança no Transporte Veicular de Crianças, Parte 1, 8 páginas , pág.3. Retirado dia 15 de Setembro 2008 de http.//www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/30.Segtransp.pdf

Artigos vários da APSI

Direcção Geral de Viação, Código da Estrada, 23 de Fevereiro 2005

Gomes Rosa Maria (2005). Educação Rodoviária: Segurança e Promoção da saúde como estratégias de cidadania consciente, MCEC, Saúde o Grande Público, 24 páginas, pág.19. Retirado dia 15 de Setembro 2008 de http://www2.dce.ua.pt/funcionarios/gomes/documentos/educacao_rodoviaria.pdf

Programa Nacional de Saúde Escolar (2007). Direcção Geral da Saúde, Lisboa.

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA RODOVIÁRIA PASSIVA INFANTIL

Catarina Sá Pinheiro[1] & Jorge Elvas Pinheiro[2]

Resumo

Os acidentes rodoviários, são a maior causa de morte e incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens em Portugal, constituindo um problema de saúde pública. A Educação para a Saúde ao nível da promoção da segurança rodoviária passiva infantil é essencial para a redução da morbimortalidade infantil secundária aos acidentes rodoviários, devido ao elevado nível de protecção oferecido pela correcta utilização dos sistemas de retenção para crianças. Assim, esta é definida como uma estratégia inquestionável para a obtenção de ganhos em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das crianças e jovens. O enfermeiro ao intervir autonomamente neste âmbito, apoiando e reforçando a capacidade da criança/família na execução de medidas promotoras da Segurança Rodoviária Passiva Infantil, assume um papel privilegiado na equipa transdisciplinar, satisfazendo uma das necessidades básicas da criança/família, a segurança.

Palavras-chave

Educação para a saúde; segurança rodoviária passiva infantil; enfermeiro.

Os acidentes rodoviários são a maior causa de morte e incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens em Portugal, sendo o pior país da União Europeia, segundo a Associação para a Promoção da Segurança Infantil.

Segundo a mesma associação, o uso de sistemas de retenção próprios para crianças é a única forma de as proteger visto a sua eficácia poder atingir os 90% na prevenção da morte e ferimentos graves. No entanto, o uso destes sistemas é ainda manifestamente insuficiente.

Os dados da Direcção Geral de Viação em Portugal, referidos por Sandes e Levy (2004), revelam que, em 2003, mais de 4500 crianças até aos 14 anos foram vítimas de acidentes de viação, das quais 48 morreram e 308 ficaram gravemente feridas. Cerca de 60% das vítimas e de 50% dos mortos eram passageiros de um veículo. "Provavelmente muitas delas poderiam ter sido salvas se viajassem devidamente protegidas num sistema de retenção próprio para o transporte de crianças em automóvel" (p. 436).

No período de 2001-2003, dos passageiros mortos entre os zero e os cinco anos, 60%, tinham idade inferior ou igual a dois anos e mais de 60% viajava sem sistemas de retenção. (Associação para a Promoção da Segurança Infantil)

Segundo o Plano Nacional de Segurança Rodoviária (Ministério da Administração Interna, 2003, p.2), "a frieza destes números impõem uma reflexão profunda na forma de abordagem desta problemática porquanto o seu combate, muitas vezes, traduz-se na defesa do direito à vida, da dignidade da pessoa humana e, em última análise, dos direitos do homem, já para não falar das gravíssimas consequências colaterais de índole material que daqui advêm".

O Plano Nacional de Segurança Rodoviária pretende que até 2010, 90% das crianças utilizem sistemas de retenção adequadamente. O que vai ao encontro do objectivo da Organização Mundial de Saúde, segundo a Direcção Geral da Saúde (1997), de reduzir a

1. Enfermeira em Instituição de Solidariedade Social em Lisboa. **catarina.sa.pinheiro@gmail.com**
2. Enfermeiro em Instituição de Solidariedade Social em Lisboa. **jorgeelvaspinheiro@gmail.com**

mortalidade e incapacidade, resultante dos acidentes rodoviários, na população em geral e nas crianças e jovens em particular.

O enfermeiro tem um papel essencial no alcance dos objectivos mencionados ao educar para a saúde no âmbito da promoção da Segurança Rodoviária Passiva Infantil, intervindo autonomamente na satisfação de uma das necessidades básicas da criança/ família, a segurança.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (2006, p.12), "Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro: ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde e previne complicações para a saúde dos clientes."

A promoção da saúde e a prevenção de complicações são assim, segundo o REPE, duas das categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que visam explicar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem.

O enfermeiro ao intervir na promoção da Segurança Rodoviária Passiva Infantil, cumpre os seus deveres consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro (2005), nomeadamente: o artigo 80º- o dever para com a comunidade: a) conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; b) participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados; c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades de comunidade; o artigo 81.º- dos valores humanos: b) salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso; o artigo 82.º- dos direitos à vida e à qualidade de vida: a) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; c) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida; o artigo 89.º- da humanização dos cuidados: a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Para a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2007), "é fundamental o envolvimento dos profissionais de saúde, de uma forma activa, contínua e consistente, no aconselhamento das famílias relativamente ao transporte de crianças no automóvel, devendo ser incentivadas e criadas oportunidades de formação nesta área. (…).

Segundo Cardoso (1997, p. 23), "A criação de um ambiente seguro requer a participação de esforços combinados da família, dos enfermeiros e da comunidade. As enfermeiras que zelam pela segurança, que estão atentas às suas medidas necessárias no ambiente e que reconhecem as necessidades de educação contribuem significativamente para a prevenção dos acidentes" e neste caso para a prevenção de lesões, secundárias aos acidentes.

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel preponderante na promoção de saúde e prevenção da doença, através da educação para a saúde, aplicando os seus conhecimentos de acordo com os recursos existentes. Os enfermeiros deverão continuar a trabalhar no sentido de aperfeiçoarem a sua contribuição na defesa da, e na educação para a saúde.

Para a Direcção Geral da Saúde (2004), as campanhas de educação para a saúde necessitam de ser adequadas aos objectivos específicos e aos públicos-alvo definidos para que se consigam efeitos e se rentabilizem os recursos. O enfermeiro é o elemento privilegiado da equipa transdisciplinar para coordenar e dirigir uma actuação consertada que defina os públicos - alvo e vá ao encontro das suas necessidades de educação.

Para Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006), "a educação para a saúde encerra

transmitir informação ao nível de entendimento da criança e da família. Os educadores eficientes também se concentram em dar o feedback e a avaliação apropriados a fim de estimular a aprendizagem". (p.13)

O profissional de enfermagem deve continuar a reflectir sobre a importância da Educação para a Saúde ao nível da promoção da Segurança Rodoviária Passiva Infantil e a implicação positiva desta para os ganhos em saúde e qualidade de vida das crianças/jovens de quem cuida. A sua motivação para agir neste âmbito teve ser direccionada, segundo Coutinho, Oliveira e Miguel (1999, p. 196), para a "sensibilização e ensino às famílias quanto à adopção de estratégias com vista à prevenção de acidentes e à redução dos danos por eles causados. É essencial a consciencialização dos pais para a dimensão real do problema no nosso país e para a tomada de algumas medidas básicas de prevenção de acidentes/promoção da segurança".

O estudo realizado por Coutinho, Oliveira e Miguel, (1999) revela que 98% dos pais que utilizam o automóvel como meio de transporte usa cinto de segurança e 76% diz conhecer a legislação referente ao transporte de crianças; contudo, apenas 66% transporta os seus filhos com sistemas de segurança adequados à idade e 34% são transportados sem qualquer sistema de segurança.

É assim, urgente que o enfermeiro, colocando em prática todas as suas competências técnicas, científicas, relacionais, pedagógicas e éticas, integre a família como parceira nos cuidados à criança/jovem, especificamente que preste apoio e reforce a capacidade da criança/família na execução de medidas promotoras da Segurança Rodoviária Passiva Infantil.

Segundo Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006, p. 11), "as parcerias pressupõem a convicção de que os parceiros são indivíduos capazes de se tornarem mais competentes por meio da partilha de conhecimento, habilidades e recursos de forma a beneficiar todos os participantes."

A Educação para a Saúde não se reduz assim, à transmissão de conhecimento mas, à ênfase dada ao próprio indivíduo permitindo-lhe, segundo Rabiais (2007, p. 45), "tomar consciência do seu potencial para a manutenção da saúde, procurando desenvolver processos internos que lhe permitam adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças, o que conduz a que adquiram uma maior capacidade de consciência pessoal, participando de forma consciente na gestão da sua própria saúde."

Para a mesma autora, a educação para a saúde pode assim, alterar as atitudes e valores do indivíduo e consequentemente favorecer a adopção de condutas que ajudem a manter e melhorar a saúde.

Neste sentido, o enfermeiro que educa para a saúde ao nível da promoção da Segurança Rodoviária Passiva Infantil, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil secundária aos acidentes rodoviários, contribui para a dignificação da profissão de enfermagem enquanto arte de cuidar o outro, tendo em vista o seu bem-estar bio-psico-social e espiritual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2007). http://www.apsi.org.pt

Cardoso, M. (1997). Prevenção de acidentes infantis. Revista Nursing, (116), Lisboa, 23-27

Coutinho, M., Oliveira, A. e Miguel, C. (1999). Prevenção de acidentes e intoxicações. Revista nascer e crescer, 8 (3), Lisboa, 196-198

Direcção Geral da Saúde (1997). Sem acidentes, verão que é melhor. Grupo de trabalho de "pre-

venção de acidentes". Lisboa

Hockenberry, M. e Wilson, D. e Winkelstein, M. (2006). Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. (7.ªed.) Rio de Janeiro: Mosby.

Ordem dos Enfermeiros (2005). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa

Plano Nacional de Segurança Rodoviária, Ministério da Administração Interna, (Portugal, 2003). http://www.dgv.pt/seg-rodo/pnpr.asp

Rabiais, I. (2007). Contributo do Enfermeiro na Educação para a Saúde: Qualidade de vida após cirurgia de revascularização do miocárdio. Dissertação de mestrado em ciências de educação na especialidade de educação para a saúde. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa

Sandes, A. e Levy, L. (2004). Segurança no transporte de crianças em automóvel -

Uma longa estrada a percorrer. Acta pediátrica portuguesa, 35 (5/6), Lisboa, 435-439

Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2006). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa.

SOCORRISMO EM ACÇÃO SOCIAL: DA REALIDADE À NECESSIDADE

Jorge Ferreira[1], Jorge Bonito[2] & Ana Frias[3]

Resumo

A presente comunicação resulta de uma auto-reflexão sobre as metodologias desenvolvidas durante o ano lectivo 2007-2008 e seu impacto junto dos alunos, na disciplina de Saúde e Socorrismo, no 12.º ano de escolaridade, quando são leccionados os conteúdos relativos ao socorrismo. São analisadas as limitações e potencialidades das estratégias desenvolvidas, de acordo com a realidade local e os recursos disponíveis, o que permitiu elaborar um conjunto de recomendações que poderão ser tidas em conta no ensino do socorrismo.

Palavras-chave

Saúde; socorrismo; ensino.

INTRODUÇÃO

A disciplina de Saúde e Socorrismo faz parte da Componente de Formação Tecnológica do Curso Tecnológico de Acção Social. Esta disciplina abrange três anos lectivos (10.º, 11.º e 12.º), com uma carga horária semanal de dois tempos lectivos. De acordo com o programa estabelecido pelo Ministério da Educação, este novo curso tecnológico surgiu como resposta à diversidade de interesses e expectativas dos jovens e suas famílias, bem como às necessidades da sociedade. Desta forma, foi conferido ao seu currículo uma natureza profissionalmente qualificante e daí que Saúde e Socorrismo tenha surgido como uma nova diversificação no percurso dos alunos do Ensino Secundário. Um Técnico de Acção Social terá de trabalhar com indivíduos (crianças, adultos e idosos), grupos sociais e instituições, no sentido de colaborar em projectos interdisciplinares, como a ocupação de tempos livres, ludotecas, actividades culturais e desportivas, etc.

Os grandes temas aglutinadores são "O ORGANISMO HUMANO E A SAÚDE", no 10.º ano de escolaridade e "DESEQUILÍBRIOS DE SAÚDE E SUA PREVENÇÃO" no 11.º ano de escolaridade. O estudo do Socorrismo surge no décimo 12.º ano de escolaridade, no pressuposto de que os alunos adquiriram as noções conceptuais sobre equilíbrio e desequilíbrios do organismo humano. O ensino do Socorrismo deve procurar fomentar e desenvolver qualidades de generosidade, entusiasmo e ajuda ao próximo, que estes técnicos utilizarão para eles próprios e seus semelhantes. "NOÇÕES DE SOCORRISMO E INTERVENÇÃO" é o grande tema aglutinador neste ano de escolaridade.

Apresenta-se de seguida os conteúdos e respectiva distribuição de tempos lectivos de acordo com a planificação da disciplina para o ano lectivo 2007/2008 da Escola Secundária de Serpa. (Quadro 1)

1. Escola Secundária de Serpa. **jmferreira68@mail.pt**
2. Universidade de Évora. **jbonito@uevora.pt**
3. Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus de Évora. **anafrias@uevora.pt**

Quadro 1. Distribuição de tempos lectivos (90 minutos) por conteúdo programático

TEMA/UNIDADE	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	TEMPOS PREVISTOS
MÓDULO 8	Prevenção de Acidentes	5
MÓDULO 9	Serviços de Protecção Civil e Socorro	3
MÓDULO 10 Noções de socorrismo e intervenção	1. Princípios Gerais do Socorrismo – os seus limites	2
	2. Conduta a ter em presença de um Acidentado – conceitos básicos	3
	3. Perturbações Respiratórias – Asfixia	9
	4. Choque	3
	5. Hemorragias	7
	6. Envenenamento	2
	7. Feridas	8
	8. Traumatismos térmicos	7
	9. Fracturas	9
	10. Entorses e luxações	4
	11. Levantamento e transporte de feridos	1

O programa considera que, no final dos três anos, a disciplina de Saúde e Socorrismo deve proporcionar aos alunos o desenvolvimento das seguintes competências:

- Procurar e seleccionar fontes de informação.
- Utilizar técnicas como a observação participante e a análise documental.
- Realizar trabalhos laboratoriais, assumindo atitudes e condutas adequadas.
- Tomar iniciativa e participar no trabalho de grupo, defendendo as suas posições com assertividade e respeito.
- Executar os trabalhos propostos de acordo com as normas estabelecidas.
- Demonstrar sentido de responsabilidade.
- Intervir de forma eficaz nas tarefas a realizar.
- Intervir em questões sociais, de modo a melhorar a qualidade do meio ambiente, de vida e da Educação para a Saúde.
- Autoavaliar o trabalho desenvolvido.

É sobre o ensino do socorrismo em particular, e das competências associadas, que esta comunicação se debruça.

ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS

De acordo com as sugestões metodológicas do programa do Ministério da Educação, o professor não deve ser o mero transmissor de conhecimentos, mas sim o dinamizador e orientador das aprendizagens, de acordo com o enfoque construtivista do modelo de ensino/aprendizagem. As metodologias e dinâmicas devem ser diversificadas, para possibilitar uma melhor interligação das componentes teórica e prática, devendo esta última constituir parte essencial na construção do conhecimento e do desenvolvimento de aprendizagens significativas. Dada a natureza do curso, o trabalho de grupo deve ser uma estratégia privilegiada.

Foram leccionadas, no total, 116 aulas (contabilizadas em horas) sendo 71,6% práticas e as demais teóricas. (Quadro 2) Neste contexto, entendemos por aula prática toda

aquela que implica alguma estratégia de ensino aprendizagem baseada no aluno, ou seja, qualquer estratégia de aprendizagem que exigisse no aluno uma atitude activa em vez de passiva, levando a aprender melhor com a experiência directa (Hodson, 1993). Assim, consideraram-se aulas práticas aquelas em que foram dinamizadas estratégias como:

- Trabalho de pesquisa em grupo
- Análise de um plano de evacuação
- Observação e discussão de filmes em DVD
- Resolução de fichas de trabalho
- Resolução de exercícios do manual e testes de avaliação
- Simulação de gestos ou técnicas de socorro
- Visitas de estudo (na própria localidade da escola)

Quadro 2. Percentagem de aulas práticas relativamente às aulas leccionadas

	1.º período	2.º período	3.º período
Aulas leccionadas	44	38	34
Aulas práticas	30	25	28
% aulas práticas	68	66	82

De acordo com os dados, a componente prática foi de facto privilegiada, em especial no terceiro período, o que terá a ver com um menor número de aulas leccionadas e a coincidência com a realização de actividades como a exploração de um jogo no âmbito da sexualidade (actividade não prevista na planificação) e com as deslocações ao quartel do Corpo de Bombeiros. Por outro lado, foi também ficando claro para o docente, ao longo do ano lectivo, que os alunos correspondiam melhor em aulas práticas. No entanto, não foi possível privilegiar tanto a componente prática logo no início, uma vez que a componente teórica tinha de ser desenvolvida. No terceiro período, já foi possível apresentar mais propostas de trabalho baseadas em conteúdos leccionados em períodos anteriores.

AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS

A avaliação das aprendizagens foi feita no domínio dos conhecimentos e competências (80%) e valores e atitudes (20%), em conformidade com os normativos da escola para avaliação dos alunos numa disciplina com carácter mais prático. Para avaliar os conhecimentos e competências, privilegiaram-se como instrumentos: três testes de avaliação (30%), um por período; e outros instrumentos (50%) como relatórios (2), exercícios do manual (4), apresentação de trabalhos de pesquisa (4) e grelhas de observação das simulações de gestos de socorro (4).

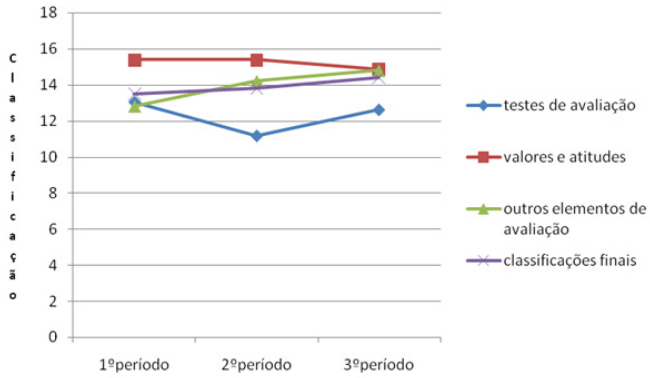
Para avaliar os valores e atitudes, foram tidos em conta os parâmetros responsabilidade, participação e relações interpessoais. Para cada parâmetro foram definidos sub-parâmetros, sendo registadas em grelhas de observação as ocorrências que, depois de contabilizadas, foram objecto de uma escala que traduziu os registos numa classificação final de 0 a 20 valores para o parâmetro respectivo (Quadro 3).

Quadro 3. Médias dos resultados obtidos pelos alunos (em número de vinte) em diferentes parâmetros e instrumentos de avaliação

	1.º período	2.º.período	3.º.período
Média1 teste de avaliação	13,03	11,17	12,60
Média2 valores e atitudes	15,37	15,39	14,87
Média2 de outros elementos de avaliação	12,80	14,20	14,80
Média2 das classificações de final de período	13,50	13,80	14,40

[1]*A média em cada período é independente dos períodos anteriores.*
[2]*A média em cada período resulta de todos os elementos de avaliação disponíveis desde o início do ano lectivo.*

Figura 1. Evolução das classificações nos diferentes parâmetros/instrumentos de avaliação.



Da análise do Quadro 3 e do gráfico da Figura 1 resulta que os alunos progrediram nas suas classificações de final de período, tendo contribuído para isso um maior sucesso ao nível de elementos de avaliação baseados essencialmente na componente prática (outros elementos de avaliação).

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS ESTRATÉGIAS JUNTO DOS ALUNOS

No final de cada período lectivo o docente solicitou que os alunos apresentassem uma reflexão escrita sobre as estratégias desenvolvidas, indicando aspectos considerados francamente positivos e pontos a melhorar. Foi explicitamente indicado que a informação poderia ficar, querendo os alunos, sob o anonimato. Dos documentos recolhidos, procedeu-se a uma análise de conteúdo (Quadros 4 e 5), sendo de referir que no final do terceiro período os alunos preferiram corresponder oralmente ao solicitado, o que não ficou registado, pelo que não foi possível fazer a referida análise. Esta preferência pode ser interpretada como resultante de uma maior maturidade que permitiu o à vontade suficiente para comentar "publicamente" a actuação do docente.

Os números entre parêntesis representam a frequência com que o indicador é referido. Não se pode, contudo, atribuir uma grande expressão a esta quantificação na medida em que os alunos não tinham que identificar o comentário e alguns preferiram fazê-lo aos pares. Nestes casos, nem sempre identificados, o indicador pode valer um (n=1) ou dois (n=2).

Quadro 4. Resultados da análise de conteúdo relativamente à avaliação do desempenho do professor e das estratégias utilizadas, efectuada pelos alunos, no final do primeiro período.

Professor	Recomendações para o professor
- Exigente (n = 1) - Boa forma de ensinar (n = 3) - O professor dá demasiadas explicações	- Ser mais paciente (n = 2) - Descontar no rigor com a pontualidade - Possibilidade de participar na aula (n = 3) - Maior espírito de brincadeira
Estratégias/aulas	**Sugestão de estratégias**
- Benéficas - Maior gosto quando no pavilhão - Agradáveis porque foram diversificadas - Preferem aulas práticas - Aulas teóricas menos dinâmicas - Aulas um pouco monótonas (n = 3) - Os trabalhos de grupo permitiram que as aulas não fossem "seca" - As aulas foram muito dinâmicas - Os testes são acessíveis - Aprende-se técnicas que serão úteis - O professor deixou participar os alunos nas actividades práticas - Existem demasiadas regras (n = 2)	- As aulas deveriam ser mais práticas (n = 2) - Realizar visitas de estudo (n = 5) - Mais trabalhos de grupo - Exposição de corpos reais anatomicamente explicados - As aulas deveriam ser mais diversificadas e mais interactivas

Quadro 5. Resultados da análise de conteúdo relativamente à avaliação do desempenho do professor e das estratégias utilizadas, efectuada pelos alunos, no final do segundo período

Professor	Recomendações para o professor
- Forneceu mais apontamentos - Um pouco exigente - Deveria ser mais justo (menos exigente) - Demasiado rígido	- Deveria aceitar melhor as críticas - Mais condescendente e amigável - Não deveria ser tão exigente (mais compreensivo)
Estratégias/aulas	**Sugestão de estratégias**
- Positivas (n = 2) - Tivemos mais aulas práticas (n = 5) - Mais dinâmicas (n = 5) - Gostámos da vinda dos bombeiros à escola (n = 4) - Decorreram melhor no 2.º período - Matéria do 1.º período mais fácil que no 2.º - A matéria foi bem dada - Não gostámos das fichas de análise de DVD's - Pouco tempo para fazer os trabalhos	- Mais aulas práticas porque são onde a turma mais se empenha - Mais visitas de estudo - Mais trabalhos de grupo

Comparando a análise efectuada no segundo período com a do primeiro, verificamos que os alunos têm a percepção de se terem realizado mais actividades práticas no segundo período. Esta percepção não corresponde, contudo, ao efectivamente desenvolvido (cf. Quadro 2), e pode dever-se, eventualmente, ao facto dos alunos considerarem aulas práticas apenas aquelas que estão associadas à simulação de gestos de socorro e das sessões de simulação de suporte básico de vida, promovidas pelos bombeiros, que coincidiram com o final do segundo período e, portanto, muito presentes na memória dos alunos…

LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES

De acordo com as orientações do Ministério da Educação, esta disciplina, embora de carácter específico, pode ser leccionada por professores com formação em Biologia, pois possuem qualificação pedagógica e científica para tal, desde que complementada com uma formação especializada no ensino do Socorrismo. O docente em causa, licenciado em ensino de Biologia, procurou obter formação neste domínio, mas não foi possível fazê-lo em tempo útil, devido à reduzida oferta, à elevada distância ao local de formação e aos elevados custos de uma formação no local de trabalho. Por outro lado, apenas uma editora apostou na edição de um manual (pouco) adequado para a disciplina em causa, e

não foi fácil aceder a outro tipo de bibliografia, e ainda menos partilhar experiências com outros docentes.

A avaliação dos gestos de socorro constituiu uma dificuldade acrescida na prática do docente, na medida em que não são fornecidas nenhumas orientações nesse sentido. Procurando alguma objectividade na avaliação deste parâmetro, os gestos foram avaliados com recurso à seguinte escala: 0 - não realiza o gesto; 1 - realiza o gesto de forma incorrecta e displicente; 2 - realiza o gesto de forma incorrecta; 3 - realiza o gesto de forma correcta mas com falta de segurança/confiança/rigor; 4 - realiza o gesto de forma correcta e segura. A avaliação de cinco gestos por aluno permitiu que o somatório das classificações resultasse numa única classificação de 0-20. A utilização desta escala revelou-se prática e adequada, mas a sua aplicação no contexto de uma turma, ou seja, um aluno a ser avaliado, outro na situação de "vítima" e todos os outros "desocupados" trouxe alguns problemas. Mesmo apresentando propostas de actividade, os alunos que não estavam a ser avaliados causaram alguma perturbação, pelo que será recomendável gerir os tempos lectivos de modo a criar momentos individuais de avaliação, do tipo o aluno X é avaliado às tantas horas, o aluno Y meia hora depois… ou o docente contar com outros docentes, que o auxiliem na tarefa de avaliação.

Também a falta de alguns equipamentos como, por exemplo, manequins adultos para simulação de Suporte Básico de Vida (SBV), limitou a planificação de estratégias, nomeadamente a nível da componente prática. Trata-se de equipamento que requer algum investimento da parte da escola, e tendo em atenção o carácter efémero deste tipo de curso (no presente ano lectivo, a disciplina já não está a ser leccionada) não houve disponibilidade para tal.

Por outro lado, o recurso a instituições como a Escola Segura e o Corpo de Bombeiros, com intervenção directa na formação dos alunos, através de sessões dinamizadas pelos seus profissionais, revelou-se uma potencialidade com sucesso. A parceria com os bombeiros surgiu em simultâneo com a preparação de um projecto que vai trazer os gestos que salvam às escolas, o que permitiu encontrar elementos altamente motivados para intervir na escola, como acontece com os elementos da Escola Segura. Depois de estabelecidos os necessários contactos, houve reuniões de preparação das sessões, entre o docente e os responsáveis das instituições, que permitiu não só que a intervenção fosse adequada aos conteúdos programáticos mas também para partilhar experiências e recursos. A Escola Segura dinamizou uma sessão dedicada à Prevenção Rodoviária e o Comando de Bombeiros disponibilizou os tripulantes de ambulância de socorro para dinamizarem três sessões, duas dedicadas ao SBV. Estes colaboradores realizaram as necessárias diligências no sentido de se dispor manequins para a prática de Reanimação Cardiopulmonar em falta na escola para as correspondentes sessões.

O acolhimento destes organismos e a sua colaboração foi muito adequado, facilidade que não será alheia ao facto de ser a única escola secundária do concelho em que se insere. De acrescentar ainda que um trágico incêndio no lar de idosos local, que provocou três vítimas mortais, em véspera de Ano Novo, constituiu assunto que foi integrado ao nível de algumas actividades, com destaque para a visita à residência que acolheu muitos dos idosos durante o tempo que o lar esteve em recuperação.

O ginásio da Escola (a sala de ginástica) revelou-se um recurso muito útil para a dinamização das simulações dos gestos de socorro. É um espaço amplo, equipado com colchões, onde os alunos, previamente avisados, puderam apresentar-se preparados para as simulações, sem os inevitáveis constrangimentos de se deitarem no chão de uma sala de aula qualquer, menos limpa e composta de cadeiras e mesas (Figura 1).

Figura 2. Sessão promovida pelos bombeiros, na sala de ginástica da escola, dedicada ao SBV.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As razões enunciadas pelo Ministério da Educação para integrar a disciplina de Saúde e Socorrismo no Curso Tecnológico de Acção Social serviriam para a sua integração em muitos outros cursos, mesmo em todos (incluindo cursos gerais). A experiência diz-nos que, muitas vezes, os alunos dos cursos tecnológicos são alunos com menor domínio de conhecimentos e competências na área científica, mas este tipo de cursos também lhes permite chegar ao ensino superior. Por outro lado, os alunos dos cursos de prosseguimento de estudos, nomeadamente de Ciências e Tecnologias, podem apresentar limitações ao nível da autonomia e outras competências sociais. A universalização desta disciplina permitiria promover conhecimentos e competências que são fundamentais ao desenvolvimento de qualquer jovem e promover a saúde que é um tema transversal.

Ao nível dos conteúdos de socorrismo, as recomendações internacionais (*e.g.*, Conselho Europeu de Ressuscitação) e a experiência desenvolvida por nós permite reforçar a necessidade de se dar uma maior ênfase no SBV. A aprendizagem neste tema deveria ser, inclusivamente, condição necessária para a aprovação na disciplina. Também a organização do Sistema Integrado de Emergência Médica requer uma maior atenção, aproveitando alguma polémica actual, que se estabeleceu entre os papeis dos Bombeiros e do Instituto Nacional de Emergência Médica, para promover a sua compreensão. Noções sobre traumatismos (torácico, abdominal, crânio-encefálico, vertebromedular) deveriam ser tidas em conta, em especial em termos de prevenção, princípio, que, diga-se, deve orientar todas as opções ao nível da gestão dos conteúdos programáticos e na definição de estratégias pedagógicas que o docente tem de fazer no âmbito desta disciplina. Assim, a interiorização da prevenção como princípio básico de actuação em caso de acidente deve ser outro eixo fundamental da disciplina.

A componente prática e a dimensão do saber-fazer na aprendizagem dos alunos são aspectos valorizados no ensino do socorrismo, no contexto de um curso tecnológico. Apesar do ensino da Biologia e da Geologia já estar longe de uma abordagem exclusivamente voltada para a dimensão cognitiva e para a transmissão de conteúdos científicos (veja-se as orientações dos mais recentes programas de Biologia e Geologia, nomeadamente do programa de Biologia do 12.º ano de escolaridade onde a abordagem Ciência-Tecnologia-Sociedade-Ambiente é muito vincada), a verdade é que a realização de um exame que testa meramente conhecimentos e algumas competências mais do domínio cognitivo constitui um "espartilho" que "empurra" docentes e alunos (e pais) para a valorização da componente teórica. A experiência educativa no contexto de um curso tecnológico e no ensino do socorrismo mostra que é possível valorizar a componente prática sem que isso

implique necessariamente impossibilidade de os alunos aprenderem e demonstrarem que aprenderam os conteúdos programáticos (conhecimentos).

Apesar da habilitação legal, a falta de formação específica do docente revelou-se uma limitação para o desenvolvimento das actividades da disciplina, em especial aquelas que tinham a ver com a componente prática. Esta limitação foi sendo ultrapassada com recurso, primeiro, a bibliografia e, depois, com a parceria que se foi estabelecendo com os bombeiros locais. A possibilidade de frequentar uma acção de formação de trinta horas, dedicada ao socorrismo, no decorrer do segundo período, veio possibilitar por um lado a obtenção de conhecimentos mais actualizados e, por outro, mais competências para a actuação ao nível da componente prática, com evidentes benefícios ao nível da qualidade das estratégias de ensino implementadas.

A promoção da educação para a saúde em geral e o ensino do socorrismo em particular ganham assim uma outra dimensão quando se estabelecem laços entre diferentes instituições com competências educativas, permitindo superar dificuldades como falta de recursos ou recursos menos adequados, um trabalho em rede que, no fundo, serve como exemplo da sociedade que queremos para os alunos. Fica ainda como sugestão para as Direcções Regionais, a organização e divulgação de uma lista de contactos de docentes e escolas envolvidas no ensino de Saúde e Socorrismo, de modo a que possam ser partilhadas experiências, nomeadamente através da *internet* (*e-mail*, *moodle*…)

Por último, todo o pessoal docente e não docente de uma escola deveria ter noções de socorrismo, quer recorrendo a formação interna quer a formação externa. A existência da disciplina de Saúde e Socorrismo numa escola e de profissionais habilitados para a leccionar poderia ser um contexto facilitador da referida formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hodson, D. (1993). Re-Thinking Old Ways: Towards a More Critical Approach to Practical Work in School Science, Studies in Science Education, 22, 85-142.

Luís, A. *et al* (2004). Programa de Saúde e Socorrismo (10.º, 11.º e 12.º Anos) do Curso Tecnológico de Acção Social. Disponível em http://www.min-edu.pt/outerFrame.jsp?link=http%3A//www.dgidc.min-edu.pt/ [consultado em 29 de Setembro de 2008].

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A VIDA, O AMOR E A AMIZADE COMO VALORES DO SER HUMANO: CONTRIBUTO DA EQUAÇÃO VITAL BIODINÂMICA

A. J. Passão Lopes[1]

Resumo

Este trabalho procura constituir-se como um primeiro marco de construção teórica, num processo em curso, no âmbito da axiologia, perscrutando a sua aplicação na saúde. Defende-se os valores como princípios éticos que envolvem os seres humanos em compromisso emocional, actuando como regulador das suas vidas, sendo de ordem superior a Vida, o Amor e a Amizade.

Por modelação, é construída uma Equação Vital Biodinâmica com base na proposição "Penso logo existo e vivo e tenho valores". Faz-se a demonstração da equação e revela-se o seu contributo na construção educativa do ser humano, particularmente para a saúde.

Palavras-chave

Valores; vida; amor; amizade; equação vital biodinâmica.

1. ACERCA DOS VALORES

Perguntei a uma colega, após termos participado numa aula na Escola Nacional de Saúde Pública, "Porque razão, nós seres humanos, não nos matamos e comemos uns aos outros?". E a resposta fez-se rápida: –"É boa! Não sei responder a isso. Fizeste com que eu percebesse a razão pela qual tenho fé. De resto, se nos comessemos uns aos outros, não existiriam mesas!"

É próprio do ser humano, avaliar e explicitar juízos de valor. Se pensarmos em nós, e aceitarmos que somos uma Unidade de Bioética, dificilmente poderíamos conceber, à nossa semelhança, alguém que não correspondesse aos parâmetros que nos caracterizam como espécie. Mesmo pela teoria do Caos, a anatomia humana não deixaria de ser a mesma que tem sido até aqui. Sabemos que a alostase faz parte da nossa biodinâmica e que é a estabilidade da Unidade de Bioética que caracteriza a vida. Como manter, então, a vida, se não for à custa dessa estabilidade?

Consideramos que deveríamos respeitar a nossa existência e proteger o nosso património genético. Para isso há necessidade de continuar a dignificar os valores e a reconstruí-los na realidade, em alternativa à ideia de virtualizar a nossa riqueza humana, à custa de "criar mais valores para a vida". Na verdade, temos a capacidade de consciência do "eu", e daí partir para a consciência do colectivo; nesta dinâmica comportamental, alcançamos a destreza da antecipação e a franca possibilidade da inovação.

O nosso ciclo de vida está bem caracterizado por etapas, e a vida de cada ser humano determina um percurso no tempo, que expressa a nossa vitalidade, a nossa capacidade de relacionamento e reprodução, própria da nossa espécie. A simbiose homeostática, destas determinantes, permite estabelecer um padrão universal de comportamento esfeno-xenomórfico que se adapta à nossa presença no planeta Terra, que constitui o sistema básico bio-complexo, e nos permite mimetizar em espelho, a nossa existência.

Os valores podem ser definidos como um sistema de atitudes de ordem superior,

1. Centro de Saúde de Évora. **jpassaolopes@hotmail.com**

ou seja, uma constelação de atitudes, de princípios éticos que envolvem as pessoas em compromisso emocional, actuando como regulador das suas vidas. Em consequência, no nosso ponto de vista, a Vida, o Amor e a Amizade, são os valores reais fundamentais, em qualquer ponto da Terra.

2. DA EQUAÇÃO VITAL BIODINÂMICA

A consciência do Eu, leva-nos ao nosso mundo interior: à alegria de percebermos o nosso entusiasmo; ao assumir cabisbaixo do nosso erro; ao sonho transformado realidade da reciprocidade da nossa entrega, a quem amamos; à resiliência de quem gosta de nós; ao sentir profundo, do carinho puro dos nossos filhos; à vontade enérgica da procura da mudança, ao contrariar a anedonia; à antecipação, como resultado da consciência do colectivo, ao expressarmos a dinâmica dos nossos valores. Para além do "*cogito ergo sum*", que Descartes escreveu no *Discours de la méthode pour bien conduire sa raison, et chercher la verité dans les sciences,* nós vivemos e temos valores!

Pelo facto de assumirmos a nossa existência, cria-se uma outra evidência, conhecida por todos: o **tempo**. Com o tempo, quando o temos, podemos: beneficiar dele e poupá-lo ou gastá-lo; consumi-lo ou rentabilizá-lo; geri-lo ou vegetá-lo. A **existência no tempo** dá-nos o conceito de movimento, mais ou menos enérgico, com dinamismo ou com lentificação, com alegria ou com tristeza, mas sem dúvida, com evidência de **vida**.

A nossa conduta ao longo da vida, pode ser representada por uma determinada linha ou percurso, impregnada de orientação tácita e explícita, com forma complexa, com a expressão do nosso genoma, e que no dia-a-dia reflecte a capacidade de adaptação, o padrão do nosso desempenho, o perfil estratégico, a inteligência, a interacção com os nossos semelhantes, a capacidade de lidar com a adversidade, contribuindo assim para a construção dos nossos **Valores**.

Com esta noção de Vida e de Valores desenvolvemos, por modelação, um conceito dinâmico: **Penso logo existo e Vivo e tenho Valores representado pela Equação Vital Biodinâmica (EVB): (1-x) x = (1-x) xy**

2.1. Demonstração da Equação Vital Biodinâmica

Considere-se que o nosso Conhecimento tem o valor que é X que, por modelação, tem o mesmo valor pelo facto de eu estar Vivo; ou seja

Conhecimento = x = Vivo.

Assuma-se que os Valores têm um valor que é Y, que corresponde por modelação, ao nosso Ângulo de Visão; ou seja

Valores = y = Ângulo de Visão.

I. Por modelação, considere-se que se retirarmos o nosso Conhecimento ao Conhecimento total universal, estamos a assumir a proposição **Penso logo existo**. Representemos essa evidência por (1 - x), em virtude de nos termos destacado, para o podermos contemplar.

Conhecimento total universal - o meu Conhecimento = (1-x)

II, Assuma-se, por modelação, que o facto de se estar **Vivo** é o mesmo que ter o seu Conhecimento:

Vivo = meu Conhecimento = x

III. Considere-se, por modelação, que o facto de se ter **Valores** corresponde a ter um **Ângulo de visão**:

Valores = Ângulo de visão = y

Ao assumir estas premissas, por modelação podemos elaborar um pensamento matemático que corresponde ao conceito dinâmico anterior, e assim tem-se:

I. Penso logo existo

II. Vivo

III. Tenho Valores, ou seja, com efeito:

IV. Penso logo existo = (1-x)

V. Penso logo existo **e** Vivo = (1-x) x

VI. Penso logo existo **e** Vivo **e** tenho Valores = (1-x) xy

Na verdade, o Conhecimento total universal é uno, e por mais que eu pense e viva e tenha um ângulo de visão cada vez maior, esse Conhecimento continua uno, embora mais enriquecido, pois a diferença a mais, do meu desempenho, acrescenta-o. Assim por modelação assume-se que:

a. Por mais que eu pense e viva o Conhecimento continua uno = (1-x) x = 1

b. Pelo mesmo motivo: por mais que eu pense e viva e tenha um ângulo de visão cada vez maior o Conhecimento continua uno = (1-x) xy = 1

Podemos, então, afirmar que:

$$(1\text{-}x)\ x = 1 = (1\text{-}x)\ xy$$

e constatar que,

$$\mathbf{(1\text{-}x)\ x = (\ 1\text{-}x)\ xy}$$

Encontra-se uma equação que designamos por **Equação Vital Biodinâmica (EVB)**

$$\mathbf{(1\text{-}x)\ x = (1\text{-}x)\ xy}$$

2.2. Importância da Equação Vital Biodinâmica na compreensão dos valores humanos

"Penso logo existo e Vivo e tenho Valores"**,** expressa uma dinâmica de auto-estima cujo constructo se adapta à vida humana. Se respeitarmos esta realidade, se a defendermos, a reconstruirmos e a dignificarmos, estaremos a contribuir para a estabilidade da Unidade de Bioética, defendendo a Vida e protegendo o nosso património genético.

Quando nasce uma Unidade de Bioética, forma-se o biossistema que se expande esfericamente, a partir de um ponto vital, designado de **Centro de Decisão**. A partir deste Centro são projectados dois outros pontos, a distâncias diferentes, formando os dois **Pólos Vitais**. Os Pólos Vitais ligam-se entre si por uma **Faixa Vital**. Assim, podemos considerar a existência de um sistema complexo composto por três elementos críticos: dois Pólos Vitais, ligados por uma Faixa Vital, que formam um sistema bioautoregulado, animado com energia alostática. Este biossistema tem propriedades esfeno-xenomórficas e encontra-se dependente da relação de estabilidade e de equilíbrio com o seu Centro de Decisão.

Temos então estruturalmente um centro e dois planos esféricos, com raios diferentes. cada um dos planos esféricos, o interno e o externo, corresponde à área de acção de cada Pólo Vital, e a ligação entre eles é representada pela Faixa Vital. Quando o sistema é

animado pela energia alostática, cria-se um **Bio-Campo**.

Considerando que toda a estrutura do sistema respeita o Centro de Decisão, passa a haver um equilíbrio dinâmico. A cumplicidade simbiótica dos Pólos Vitais e o esfeno-xenomorfismo da faixa iniciam um movimento, cujo percurso passa a ser desenhado pelos três elementos críticos. A energia alostática "abraça" este sistema formando mais dois planos esféricos centrados no Centro de Decisão: um interior, que se encontra entre o Centro de Decisão e o Pólo Vital interno; e outro exterior, que se encontra por fora, a envolver todo o sistema.

O movimento referenciado dos três elementos críticos, e desenhado no tempo, simboliza espacialmente um novelo (novelo vital), que é fácil de visualizar virtualmente, e que se pode executar facilmente ao enrolarmos simultaneamente duas linhas de lã. Tem-se, assim, um sistema dinâmico, animado de movimento, com capacidade de respeitar o seu equilíbrio, com capacidade de adaptação no tempo, com capacidade de introspecção e de projecção exterior, pese embora limitado, uma vez que a estabilidade do próprio sistema é o que caracteriza a continuação da sua existência.

A Unidade de Bioética corresponde a esse sistema e caracteriza-se pela sua estabilidade. Apresenta uma zona de acção entre dois limiares. Ao percurso do seu desempenho chamamos **Vida**. O Ser Humano é, assumidamente, a Unidade de Bioética. Ao Novelo Vital, isto é, todo o percurso desenhado, desde o nascimento até à morte, designamos de **Árvore Genealógica do Conhecimento**.

2.3. A utilização da Equação Vital Biodinâmica na Educação para a Saúde

Educar para a Vida pressupõe uma dinâmica da qual faz parte a Educação para a Saúde. A aceitação plena da nossa condição humana é enriquecida pela presença consciente dos Valores e pela capacidade de expressar os sentimentos, com base nos mesmos. Existimos e podemos viver respeitando a nossa condição humana, o nosso Genoma.

A comunicação, a interacção, e a projecção do nosso conhecimento e do nosso desempenho, pode ser visualizada, para além de sentida. Se fizermos uma introspecção e uma projecção do conceito de Vida, de Amor e de Amizade, utilizando como instrumento uma Comunidade de Práticas, podemos por abstracção, sugerir um valor numérico para cada um destes Valores. Pela mesma lógica e com o mesmo instrumento, podemos sugerir um valor numérico para o Conhecimento. Se consideramos o x da EVB os números do Conhecimento, e o y da EVB, os dos Valores = Ângulo de Visão, obtemos graficamente o resultado da nossa actividade, podendo ser isso observado no gráfico de aranha do *EXCEL*. Por modelação, temos uma forma mais agradável de visualizar este desempenho, se o fizermos no *Windows Media Player*, gráfico *Strawbarreid*, utilizando uma música agradável.

Na verdade, à nossa actividade diária e às tarefas podemos atribuir valores numéricos ao longo do tempo; podemos escrever múscica, como se escreve num pentagrama as notas referidas, conseguidas para cada desempenho, e como se de um jogo se tratasse, introduzir os valores na EVB. Teríamos, assim, uma sequência numérica temporal, retratando a nossa análise, correspondendo aos diversos valores de x e de y e com eles, originar movimento no sistema, ou criar uma roda de valores. Esta roda expressa graficamente a nossa actividade e a intensidade da mesma. A comparação dos desenhos permite exprimir a forma como lidamos com determinada tarefa ou tarefas, num determinado tempo.

A visualização em tempo real do Bio-desempenho está muito perto, dando-nos maior capacidade de análise à custa da antecipação e da aprendizagem da especificidade comportamental, permitindo-nos corrigir a nossa percepção quanto aos valores. Mais uma vez, para além de muitas outras, temos uma das principais tarefas em mãos: a preservação do Genoma, da Vida e daquilo que caracteriza o ser humano.

AS PERCEPÇÕES DOS EDUCADORES DE INFÂNCIA FACE ÀS SUAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO[1]

Glicéria Gil[2] & José Alves Diniz[3]

Resumo

Analisar as práticas de Educação para a Saúde (EpS) na Educação Pré-Escolar (EPE) requer o uso de indicadores susceptíveis de medir os factores que estão subjacentes ao desenvolvimento das práticas educativas dos educadores de infância. O objectivo deste estudo foi construir e validar um questionário que pretende medir as percepções dos educadores face à abordagem da EpS no Jardim-de-infância. A amostra foi constituída por 41 educadores que se voluntariaram para colaborar neste estudo. Foram avaliados os seguintes parâmetros: a estabilidade temporal do instrumento através do método teste-reteste (r = 0,85) com um intervalo de 60 dias; a consistência interna foi obtida através do coeficiente α de Cronbach's (α= 0,83); e a validade de conteúdo foi determinada por 7 especialistas da área das Ciências da Educação.

Palavra-chave

Educação para a saúde; validação questionário; educador de infância.

INTRODUÇÃO

Analisar as práticas de EpS na EPE é um processo complexo que requer o uso de indicadores que avaliem o modo como a EpS é percebida pelos educadores de infância no que respeita ao desenvolvimento de actividades que promovam a saúde e o bem-estar das crianças.

A avaliação de programas de EpS na EPE não é uma área recente de investigação. Em 1975, Zamoff apresentou os resultados de uma experiência que foi desenvolvida pelo *Urban Institute of Head Start* através do recurso ao guia curricular "*Healthy, That´s me"* de 1972-73. Neste estudo são feitas algumas recomendações no âmbito da intervenção dos educadores, nomeadamente no que diz respeito à divulgação e implementação de práticas de EpS, à adequação criteriosa de materiais e ao desenvolvimento de acções de formação contínua nesta área.

Igualmente em 1984, num estudo desenvolvido por Parcel, Bruhn & Murray surgiram algumas indicações sobre como promover a EpS no contexto pré-escolar. Foi colocado em destaque um currículo centrado nos comportamentos das crianças, com o objectivo de levá-las a responsabilizarem-se pela sua saúde. Os resultados destes estudos indicaram que as intervenções realizadas contribuíram para uma efectiva aprendizagem no âmbito da EpS por parte das crianças envolvidas, tendo-se verificado igualmente alguma influência positiva na mudança dos seus comportamentos e atitudes face à saúde.

Posteriormente criaram-se programas e projectos, assim como foram desenvolvidas

1. Este estudo foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BD/29960/2006)

2. FMH- Universidade Técnica de Lisboa. **adggil@fmh.utl.pt**

3. FMH- Universidade Técnica de Lisboa. **jadiniz@fmh.utl.pt**

várias iniciativas, que pretendiam tornar as crianças, as escolas e as comunidades mais saudáveis. A saúde tornou-se assim uma questão que a todos diz respeito e consequentemente da responsabilidade geral da sociedade. Vários modelos teóricos foram criados para sustentarem estes programas. Como resultado deste tipo de intervenção, a EpS surge com o objectivo de levar os indivíduos a tomar decisões conscientes e informadas em relação aos seus modos de vida. Outros, por seu lado, dão uma maior ênfase à aquisição de conhecimentos e ao desenvolvimento de aptidões geradoras de saúde individual e colectiva (WHO, 1998).

Os programas e projectos de EpS que são desenvolvidos nos jardins-de-infância orientam-se por estas visões que pretendem, na sua génese, levar à aceitação social das potencialidades holísticas da saúde. A EPE, pelas características das crianças que a frequentam é igualmente holística por natureza. Daí que a EPE seja vista essencialmente, como uma etapa da Educação básica que visa o desenvolvimento integral da criança através de actividades promotoras da sua saúde e bem-estar. Acresce, que o educador tem a responsabilidade de olhar a criança como um todo, com potencialidades e necessidades a serem satisfeitas. Como tal, as actividades que são desenvolvidas no quotidiano do Jardim-de-infância devem estar interrelacionadas entre si permitindo às crianças descobrir novos conceitos e ideias e relacioná-los com os conhecimentos que já possuem. Estas actividades devem estar estruturadas no contexto de outras aprendizagens, com ênfase no desenvolvimento das capacidades motoras, sociais, emocionais e cognitivas, ou seja, no desenvolvimento de todo o potencial da criança (Evans *et al*, 2000; Bee & Boyd, 2004)

Verificando-se a importância da EpS no contexto educativo, as atitudes e percepções dos educadores de infância revelam-se fundamentais para conhecermos o que pensam sobre o assunto, e assim podermos definir *à posteriori* quais as acções e intervenções mais adequadas à realidade educativa destes profissionais.

Estas atitudes dos educadores incluem: 1) as crenças face aos conteúdos de EpS adquiridos na formação inicial e contínua, e, de como essa formação influencia o seu sentido de auto-eficácia, medido através do seu nível de conforto percepcionado na abordagem de temáticas de EpS; 2) os efeitos da formação na selecção de conteúdos de EpS; 3) a importância que é dada à planificação nesta área e, finalmente, 4) as percepções dos educadores relativamente às necessidades de saúde apresentadas pelas crianças.

Em Portugal, alguns estudos identificaram as temáticas de saúde a serem exploradas no contexto educativo e puseram a descoberto o valor das práticas de EpS ao longo da escolaridade obrigatória (Pereira *et al*, 2007; Anastácio *et al*, 2005; Precioso, 2004). Além disso, a tutela reconhece a importância das temáticas de EpS que devem ser trabalhadas nos vários níveis de ensino, tendo vindo a elaborar relatórios e pareceres sobre o assunto (Sampaio *et al*, 2007).

As Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (OCPE) foram publicadas em 1997 e, neste documento, o desenvolvimento de actividades de EpS insere-se em duas áreas de conteúdo, a área de Conhecimento do Mundo e a área de Formação Pessoal e Social. Perante as indicações veiculadas nas OCPE, os educadores de infância devem desenvolver projectos e actividades que pretendem, por um lado, ir ao encontro das orientações emanadas pela tutela e pelos Agrupamentos de Escolas e, por outro, contribuir para capacitar as crianças a fazer escolhas mais saudáveis, a desenvolverem a sua auto-estima e sentido crítico e a realizarem aprendizagens significativas para o seu bem-estar e desenvolvimento.

Porém, poucos estudos têm sido realizados no nosso país na área da EPE, em especial no que respeita à preparação dos educadores para abordarem um conjunto de temáticas inerentes à EpS e, com que frequência é que abordam essas mesmas temáticas junto das crianças com que trabalham.

Igualmente não têm sido desenvolvidos estudos que analisem os efeitos dos programas de EpS no desenvolvimento das crianças, pelo que não se sabe muito bem qual o impacto de determinadas práticas na saúde das crianças.

Se por um lado, sabemos que as intervenções no âmbito da EpS nem sempre alcançaram os resultados desejados (Parcel *et al*, 1984), por outro, também sabemos que estas não devem ser entendidas como panaceias para a resolução dos graves problemas que afectam as sociedades. Acresce que muitos estudos realizados no âmbito da intervenção educativa demonstraram que o currículo e as experiências de aprendizagem mais eficazes na EPE devem ser individualizadas e construídas a partir dos conhecimentos que a criança é portadora, ou seja, a educação da criança é vista numa perspectiva mais ampla que ultrapassa conceitos vinculados nas teorias do desenvolvimento, para ser entendida e estudada tendo em conta a complexidade do mundo sócio-cultural dos dias de hoje (Edwards, 2007). Assim, a EpS deverá ser uma temática a trabalhar no Jardim de infância que numa primeira fase de intervenção deverá contribuir para que as crianças entendam a importância de estar e manter-se saudável, que possam desenvolver capacidades que as ajudem a resolver problemas, a tomar decisões e a desenvolver as suas competências sociais e emocionais (Wiley & Hendricks, 1998; Geiger, 1999; Sigampa *et al,* 2005; Bagby & Adams, 2007; Domitrovich *et al*, 2007).

Por tudo isto, conhecer e compreender a EpS na EPE tornou-se o nosso objecto de estudo. Analisar a EpS na EPE colocou-nos dois problemas metodológicos: o primeiro resultou da não existência de um instrumento que permitisse medir o conjunto de factores, que contribuem para clarificar e operacionalizar o conceito da EpS na EPE. O segundo reportou-se à não existência de estudos nesta área, abrangendo os domínios por nós identificados através de entrevistas exploratórias, que possam ser utilizados para comparar resultados. Por outro lado, o processo que medeia a concepção abstracta do conceito de EpS na EPE até ao desenho do instrumento de recolha de dados envolve um estudo cuidadoso, que inclui o levantamento exaustivo do estado da arte no âmbito da EpS e da EPE. Estas tarefas permitiram delimitar o nosso objecto de estudo e elaborar, com o rigor necessário, o instrumento que irá permitir recolher os dados necessários para responder à problemática identificada.

O instrumento, neste caso particular, um questionário, intitulado "questionário de promoção da saúde na educação de infância" (QPSEI) está estruturado em domínios claros e delimitados, baseado em aspectos culturais e educacionais, considerados relevantes no contexto social e histórico da EpS em geral e da EPE em particular. As questões que foram incluídas em cada domínio do questionário devem ser interpretadas subjectivamente, atendendo a que a realidade não é independente do sujeito. O sujeito constrói a realidade em função das suas crenças, valores e ideologias e é nesse sentido que este estudo deve ser entendido. Contudo, tivemos a preocupação de formular o mais objectivamente possível os itens a integrar no questionário. Ventegodt (2003) que elaborou um conjunto de questionários para avaliar o conceito global de qualidade de vida, refere que na elaboração de um questionário devemos ter em atenção a construção concisa e precisa das questões, de modo a admitirem uma única resposta passível de minimizar eventuais respostas equívocas, apesar de isso poder contribuir para alguma falta de riqueza semântica dos itens que constituem o instrumento de inquirição.

Acresce que uma medida é considerada válida quando a fiabilidade e validade da mesma foi demonstrada. A fiabilidade de um instrumento refere-se aos aspectos relacionados com a consistência interna do mesmo (Hill & Hill, 2000). A fiabilidade pode ser estabelecida ao avaliarmos a estabilidade ou grau de homogeneidade de um questionário. A estabilidade mede o grau de consistência obtido após a repetição do inquérito junto dos mesmos inquiridos, ou seja, mede a consistência e a estabilidade das opiniões. Já a validade de um questionário refere-se ao facto deste medir o que

pretende medir (Hill & Hill, 2000; Tuckman, 2002). A validade é estabelecida em termos de validade teórica, prática e de conteúdo. Um questionário tem validade de conteúdo adequada quando os itens que constituem cada um dos domínios do conceito formam uma amostra representativa de todos os itens disponíveis para medir os aspectos desses mesmos domínios (Hill & Hill, 2000).

Neste artigo apresentamos as características psicométricas do instrumento que elaborámos para analisar as percepções dos educadores de infância face aos factores que poderão explicar como e porquê a Educação e a Promoção da Saúde são abordadas na Educação Pré-Escolar.

MATERIAL E MÉTODOS

Construção do instrumento

O QPSEI construído para esta pesquisa baseou-se, em linhas gerais, nas abordagens incidentes nas teorias e crenças dos professores, nomeadamente nos aspectos relacionados com o pensamento e acção do professor (Clark & Peterson, 1986; Rio, 1996; Kompf & Denicolo, 2003).

O processo de construção do QSEI teve em atenção os procedimentos referidos em Hill & Hill (2000) e Moreira (2004) e incluiu as seguintes fases:

1. Identificação dos domínios que permitem analisar o objecto de estudo tendo como base evidências e resultados científicos. Estes domínios e as categorias que os integram foram identificadas através de 8 entrevistas semi-estruturadas realizadas a educadores de infância a exercer funções em jardins-de-infância pertencentes à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS).

2. A análise de conteúdo dessas entrevistas exploratórias foi efectuada através do programa ATLAS.ti (Muhr, 2004) tendo sido possível identificar várias categorias inscritas em quatro domínios:

- Formação inicial e contínua na área da saúde;
- Necessidades de saúde das crianças;
- Planeamento na área da EpS;
- Auto-eficácia percebida.

3. A partir destes domínios e suas categorias elaborou-se a 1.ª versão do instrumento constituído por 101 itens resultantes, por um lado, da análise de conteúdo efectuada aos discursos dos educadores recolhidos através de entrevistas exploratórias, e, por outro, das diversas leituras e estudos que realizamos sobre esta temática.

4. A fim de continuar a garantir a representatividade dos itens em relação ao constructo teórico, realizámos dois procedimentos de validação por peritos. O primeiro, realizado antes da aplicação do questionário, resultou da consulta efectuada a 6 educadores de infância e a 6 especialistas na área da EPE que emitiram o seu parecer sobre o questionário. Foi-lhes solicitada uma avaliação tendo em atenção os seguintes critérios:

- Clareza e compreensão dos itens;
- Pertinência da temática para a EPE;
- Adequabilidade do questionário à realidade educativa da EPE;
- Formato e extensão do questionário;
- Tempo de preenchimento.

O segundo procedimento, realizado após o teste-reteste, teve como objectivo confirmar os resultados obtidos na análise exploratória dos dados. Obtivemos o parecer de mais 7 especialistas na área da saúde e da educação que analisaram o questionário sendo-lhes solicitado que avaliassem os itens tendo em atenção a relevância dos mesmos, sugerindo ou não a sua eliminação. Destes 7 peritos, 2 são educadores de infância com mestrado e 5 são doutorados na área das Ciências da Educação. Foram considerados confiáveis os itens correctamente classificados por 70% ou mais dos especialistas, como pertencentes aos quatro domínios do conceito de EpS na EPE. 4 itens suscitaram dúvidas, pelo que foram eliminados. Foram acrescentados 3 itens a integrar no grupo das questões fechadas. Estes resultados asseguraram-nos que os itens elaborados representavam, com algum grau de segurança metodológica, os conceitos em questão.

Com base nas indicações destes dois grupos de especialistas eliminaram-se um total de 19 itens.

5. Uma 2.ª versão do QPSEI ficou constituída por 85 itens e foi aplicada junto de uma amostra de validação (n=41), com o objectivo de verificar a validade e a fiabilidade do questionário. As propriedades psicométricas evidenciadas nestas análises estatísticas conduziram à eliminação de mais 15 itens que apresentavam correlações inter-itens fracas e negativas.

6. Setenta itens compõem o QPSEI final, distribuídos em dados demográficos (9 itens), questões fechadas (12 itens) e questão aberta (1 item), 4 escalas de *likert* (48 itens), sendo 11 itens referentes à escala formação, 9 itens relativos à escala necessidades de saúde das crianças, 13 itens respeitantes à escala planificação e 15 itens à escala auto-eficácia.

Incluíram-se também questões que permitem avaliar se os educadores abordaram temáticas de PS no ano lectivo de 2006/07, e quais os factores que facilitam/dificultam o desenvolvimento de práticas EpS. Através de escalas nominais foram incluídas questões que permitem aferir o género, idade, habilitações académicas, formação inicial, complementar e contínua na área da saúde, categoria profissional, tempo de serviço e caracterização do local de trabalho.

Nas 4 escalas ordinais foram usadas escalas de tipo likert de 5 pontos: 1 corresponde a "discordo completamente" e 5 a "concordo totalmente" (escalas Formação, Necessidades de Saúde e Planificação); 1corresponde a "muito desconfortável" e 5 a "muito confortável" (escala auto-eficácia). Embora as escalas utilizadas sejam ordinais, é vulgar tratar os valores numéricos ligados com as respostas como tendo sido obtidos através de uma escala métrica (Hill & Hill, 2000).

A amostra

A amostra foi, assim, constituída por todos os educadores de infância que pretendiam colaborar na investigação, o chamado grupo "tout venants" (Almeida & Freire, 2003). A amostra foi obtida com o recurso à *Internet* através do alojamento do questionário (QPSEI) no site www.freesurvey.com. Os critérios de inclusão dos participantes na amostra referiam-se exclusivamente ao exercício de funções docentes em jardins-de-infância da rede pública, privada e de solidariedade do território nacional.

Em Junho de 2007 publicou-se na *Internet* a versão on-line do questionário, cujo link http://freeonlinesurveys.com/rendersurvey.asp?sid=l0wsn1obu7y77gn313606 permitia o fácil acesso dos educadores que se disponibilizaram para participar neste estudo piloto. Foram recolhidos 41 questionários. Em Setembro de 2007 procedeu-se à segunda avaliação com o reenvio do questionário para os educadores que tinham participado no teste tendo-se obtido uma devolução de 29 questionários.

A amostra é composta por 39 educadores do sexo feminino e 2 educadores do sexo

masculino com idades compreendidas entre os 21 e os 50 anos (M= 35,07) e tempo de serviço no actual Jardim-de-infância variando entre 1 e 20 anos (M=5,17). 22% dos educadores trabalham em jardins de infância que pertencem à Rede Nacional de Escolas Promotoras de saúde (RNEPS).

RESULTADOS

O tratamento dos resultados foi realizado com o apoio do programa estatístico – SPSS (versão 10.0 para Windows), fazendo-se análises descritivas e análises de médias entre variáveis avaliadas no teste e reteste, através do coeficiente de correlação rho de Spearman. Também foi realizada uma análise de consistência interna, através do coeficiente α de Cronbach (Pestana & Gageiro, 1998).

No Quadro 1 estão representados os resultados obtidos na análise descritiva.

QUADRO 1. Média, desvio padrão, valor mínimo e máximo para os 4 domínios da EpS (N = 41)

Domínios	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Formação	33,85	4,97	23	44
Necessidades de saúde	47,24	3,96	37	53
Planificação	61,82	6,35	47	74
Auto-eficácia	61,90	9,80	34	79

Pelos resultados obtidos podemos verificar que a média mais elevada foi obtida nos domínios da auto-eficácia e da planificação indicando uma tendência para os educadores revelarem uma percepção mais favorável no que respeita à sua preparação para abordarem temáticas de EpS nos seus locais de trabalho.

ANÁLISE DE FIABILIDADE DO QUESTIONÁRIO

O quadro 2 apresenta os resultados obtidos no teste-reteste através das correlações medidas através do coeficiente ***rho de Spearman***. Igualmente se pode verificar que as correlações significativas, a média e o desvio padrão são indicadores de razoável estabilidade temporal.

QUADRO 2. Resultados do Teste-Reteste para os 4 domínios da EpS

Domínios (subescalas)	Média	N	Desvio Padrão	Coeficiente (rho de Spearman)	p
Formação (T) Formação (RT)	33,58 32,44	29 29	5,10 4,40	0,62**	0,001
Necessidades de saúde (T) Necessidades de saúde (RT)	46,96 46,96	29 29	4,08 3,89	0,76**	0,001
Planificação (T) Planificação (RT)	61,10 63,34	29 29	7,01 7,69	0,63**	0,001
Auto-eficácia (T) Auto-eficácia (RT)	61,03 59,41	29 29	10,50 10,61	0,91**	0,001

Legenda: T= teste, RT= reteste

Análise da consistência interna do questionário

Tendo em atenção as características psicométricas do questionário, calculámos o coeficiente α de Cronbach para determinar, por um lado, a consistência global do instrumento e, por outro, a consistência de cada uma das sub-escalas que o constituem

(Quadro 3). Os resultados revelaram uma satisfatória consistência da escala global (α= 0,83). Contudo, uma análise detalhada das correlações intra-itens e do α de Cronbach obtido em cada uma das quatro subescalas revelou valores pouco satisfatórios. Deste modo procedeu-se à eliminação dos 15 itens que apresentavam valores negativos e realizou-se uma nova análise obtendo-se então, valores mais elevados no coeficiente α de Cronbach. De realçar que na subescala "Formação" a eliminação de 4 itens possibilitou que o valor do α de Cronbach aumentasse para o dobro.

QUADRO 3. Resultados da análise de consistência interna para os 4 domínios da EpS e para a escala total

Domínios (subescalas)	N	α Cronbach	α Cronbach (após eliminação de 15 itens)
Formação	41	0,36	0,72
Necessidades de saúde	41	0,46	0,62
Planificação	41	0,43	0,60
Auto-eficácia	41	0,91	0,91
Total (4 subescalas)	41	0,83	0,89

Análise global do instrumento

Comparado com outros questionários, o QPSEI revelou possuir duas características básicas que aconselham a sua utilização:

Foi construído para ser administrado sem a presença do autor e cumprindo as normas legais que visam a protecção dos dados obtidos, tais como, a recolha de dados ser realizada de forma transparente e com respeito pela reserva da vida privada, de forma lícita e com observância do direito de informação.

A utilização de 4 subescalas e as questões fechadas e aberta caracterizam este questionário de fácil aplicação e preenchimento.

Acresce que o instrumento demonstra possuir os atributos necessários, sendo:

Abrangente, incluindo um conjunto de aspectos relacionados com o objecto de estudo.

Confiável, porque define conceitos de maneira inequívoca, possui estabilidade temporal e consistência interna permitindo identificar as respostas contraditórias.

Sensível, capaz de identificar variações nas percepções dos professores tendo em atenção a sua experiência profissional, as suas crenças e os seus conhecimentos face à EpS.

Em relação à estrutura empírica, as quatro escalas que constituem o questionário apresentam resultados psicométricos aceitáveis. Como já referido, após eliminação de itens que apresentavam valores negativos, os valores do α de Cronbach melhoraram significativamente em especial na subescala "Formação em EpS".

Todavia, sendo este estudo de cariz exploratório é aceitável que as análises de itens não sejam tão importantes para a clarificação dos questionários como para a clarificação dos testes (Tuckman, 2002). Daí que tenhamos dado ênfase à validação por peritos recolhendo as suas opiniões que auxiliaram na distribuição e reformulação de alguns itens.

CONCLUSÃO

A EpS tem sido considerada uma forma e uma estratégia básica para a promoção da saúde em meio escolar (Costa & López, 1996; Navarro, 1995; Myers-Clack & Cristopher,

2001). Igualmente, a importância da percepção dos educadores e professores face às suas práticas educativas na área da EpS, medidas através de instrumentos de avaliação (questionários), tem vindo a ser reconhecida e amplamente utilizada. Um exemplo, são as publicações de Sinkinson & Hughes em 2007 e, mais recentemente, de Ramiro & Matos em 2008, incidindo nas percepções dos professores sobre três tópicos da área da EpS a saber: educação sexual, a nutrição e a higiene. Quer investigadores, quer professores/educadores reforçam a importância de se conhecer as crenças e as percepções dos professores face às suas práticas educativas em geral e as práticas de promoção para a saúde em particular. Só deste modo é possível compreender a realidade educativa e assim podermos definir uma intervenção educativa mais ajustada a essa mesma realidade. Os estudos que utilizam questionários permitem de um modo rápido e acessível aprofundar determinados conceitos e estabelecer relações entre as variáveis que os compõem.

Por último, o instrumento que construímos vai ser utilizado numa amostra alargada proveniente do universo dos educadores de infância em exercício de funções no território nacional, e os procedimentos de validação empírica das subescalas irão ser repetidos nessa amostra, de modo a ampliar a generalidade das conclusões descritas neste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 3.ª edição. Braga: Psiquilíbrios.

Anastácio, Z., Carvalho, G. & Clément, P. (2005). Concepções dos professores de 1.ºCEB sobre o contributo da Educação Sexual para a promoção da saúde e sua relação com a formação. Consultado em 4 Fevereiro de 2008 em http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4416.

Bagby, K. & Adams. S. (2007). Evidence-based practice guideline: increasing physical activity in schools-kindergarten through 8th grade. *Journal of School Nursing*, *23* (3), 137-143.

Bee, H. & Boyd, D. (2004). *The Developing Child.* Tenth Edition. USA: Pearson Education, Inc.

Clark, C.M., & Peterson, P.L. (1986). Teachers´s thought processes. In Wittrock, M.C. (ed.). *Handbook of research on teaching*. London. MacMillan Publishing Company. Cap.9, 255-296.

Costa, M., López, E. (1996). *Éducación para la salud- una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Domitrovich, C., Cortes, R. & Greenberg, M. (2007). Improving young children´s social and emotional competence: a randomized trial of the preschool "paths" curriculum. *Journal of Primary Prevention*. *28* (2). 67-91.

Edwards, S. (2007). From developmental-constructivism to sócio-cultural theory and practice: an expansive analysis of teachers´professional leraning in early childhooh education. *Journal of Early Chilhood Research*.5,83. http://www.sagepublications.com.

Evans, J., Myers, R. & IIfeld, E. (2000). *Early Childhood Counts – A programming Guide on Early Childhood Care for Development*. Washington, D.C: The World Bank Institute.

Geiger, B. (1999). A nutrition relay race for preschool health education. *Journal of school Health*. Vol.69, 3.

Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Kompf, M. & Denicolo, P. (2003). *Teacher Thinking twenty years on: revisiting persisting problems and advances in education*. The Netherlands, Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

Ministério da Educação. (1997). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*.Lisboa.

Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

Muhr, T. (2004). Atlas.ti: Visual qualitative data analysis management model building in education, research, & business (Version 5.2) [*Computer software*]. Berlin: Scientific Software Development.

Navarro, M. F. (1995). Modelos de intervenção em saúde na educação pré-escolar e no ensino básico e secundário. Comunicação no simpósio "A Educação para a saúde". *ESCS*. Lisboa.

Parcel, G., Bruhn, J., & Murray, J. (1984). Effects of a health education curriculum on the smoking Intentions of preschool children. *Health Education Behay*. 11, 49. http://www.sagepublications.com.

Pereira, B. Carvalho, G. S. Pereira, V. (2007). Novas realidades, novas práticas: actas do Seminário International de Educação Física, Lazer e Saúde, 3. [CD-ROM]. Braga: Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho.

Pestana, M. & Gageiro, J. (1998). *Análise de Dados para Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.

Peterson, F., Cooper, R. & Laird, J. (2002). Enhancing teacher health literacy in school health promotion: a vision for the new millennium. *Journal of school health*, vol. 71 (4),138-144.

Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na escola: um direito dos alunos que urge satisfazer. *O Professor*, *85*,17-24.

Ramiro, L., & Matos, M., (2008). Perceptions of Portuguese teachers about sex education. *Revista de Saúde Pública*. 42(4). Consultado em 5 Agosto de 2008 http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n4/en_6685.pdf

Rio, F.(1996). *Teacher Thinking in Cultural Contexts*. State University of New York Press.

Sampaio, D., Baptista, M., Matos, M., & Silva, Miguel. (2007). Relatório do processo, Grupo de Trabalho de Educação Sexual, ME. Consultado em Dezembro de 2007 http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/GTES_RELATORIO_FINAL.pdf

Sigampa, J., Ferriani, M. & Nakano, A. (2005). Factores protectores frente al consumo de alcohol: concepción de maestros de nível inicila. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Vol.13, 771-777.

Sinkinson, M. & Hughes, D. (2007). Food pyramids, keeping clean and sex talks: pré-service teachers´experiences and perceptions of school health education. *Health Education Research*. Consultado em 20 Maio de 2000 em http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/cym070v1

Tuckman, B. (2002). *Manual de Investigação em Educação*. 2.ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ventegodt, S., Henneberg, E.W., Merrick, J., Lindholt, J.S. (2003). Validation of two global and generic quality of life questionnaires for population screening: SCREENQOL & SEQOL. *Scientific World Journal*, *3*, 412-421.

Wiley, D. & Hendricks, C. (1998). Using picture identification for research with preschool children. *Journal of School Health*, *68*, 227-230.

World Health Organization (1998). Promoting health through schools. *WHO technical report series 870*. Geneva.

Zamoff, R. (1975). Healthy, That´s Me-Evaluating Use of Health-Education Materials for Preschool Children. *Child Welfare*, *54*, (1), 41-46.

B-LEARNING EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Maria Lucinda Motta[1], Ilídio André Costa[2] & Maria dos Anjos Viana[3]

Resumo

O manual escolar (ME) de Ciências da Natureza e Ciências Naturais (CN) do 2.º e 3.º ciclos respectivamente, podem ser excelentes ferramentas de desenvolvimento de competências em Educação para a Saúde (EpS) quando concebidos numa perspectiva socioconstrutivista e usados em contextos de aprendizagem por pesquisa. Neste trabalho apresentamos uma proposta para complementar a utilização tradicional do ME impresso com o *e-learning* do ME virtual, em actividades de sala de aula ou de estudo individual. Pensamos que esta metodologia de *blended learning* (*b-learning* ou aprendizagem híbrida), ao tirar o máximo partido do melhor que o ensino presencial e a distância oferecem ao aluno, promove com sucesso a aprendizagem dos conteúdos de EpS, melhorando a qualidade de vida da comunidade escolar contemporânea para alcançar um estado de bem-estar/saúde positiva.

Palavras-chave

Manual escolar; educação para a saúde; *blended learning*.

IMPORTÂNCIA DO MANUAL ESCOLAR

O ME é uma ferramenta didáctica que funciona como elo de ligação entre o conhecimento e o aluno, sendo o instrumento mais importante de apoio ao estudo e, quase sempre, o único dos alunos (Gérard & Roegiers, 1998). Um bom ME é aquele que não transmite passivamente a informação, mas que oferece uma interacção entre o aluno e a informação, de modo a promover a actividade de pensar, adquirir e construir o conhecimento, independentemente dos conteúdos tratados (Oliveira, 1997). Actualmente, são vários os autores que corroboram os referidos estudos de há uma década.

Neves (2002) salienta a importância que o ME continua a ter no ensino-aprendizagem nas escolas e valoriza o papel do ME na construção do conhecimento pelos alunos. Porém, refere alguns constrangimentos do facto de o ME pelo qual o aluno estuda, nem sempre ser facilitador dessa construção, não difundindo uma imagem correcta da natureza da Ciência. A autora desenvolveu uma investigação que contribui para uma reflexão sobre a problemática da selecção de manuais de Ciências, atendendo à valorização que é dada ao ME no actual contexto educativo.

Constatando a utilização generalizada do ME no ensino básico, Leite (2003) chama a atenção para a exigência do ME não ser apenas uma compilação de conteúdos, mas apresentar um modo de os trabalhar que incentive alunos e professores utilizadores desse ME a percorrerem um verdadeiro caminho de construção do saber. A autora refere que se a escola pretende transformar o discurso científico num discurso didáctico compreensível para os alunos, é igualmente importante que aconteça o mesmo com os ME. Neste sentido, Leite (2003) frisa a importância de o discurso didáctico estimular nos alunos a curiosidade, o espírito de descoberta e de análise de situações da vida, em vez de os ensinar a, passivamente, receberem um conhecimento já feito, pelo que é igualmente importante que os ME cumpram estes requisitos. Apesar disso, é importante reconhecer

1. ES3 Aurélia de Sousa. **bioterra56@gmail.com**
2. EB2,3S D. Moisés Alves de Pinho. **bioterra789@gmail.com**
3. EB2,3 Paranhos. **bioterra56@gmail.com**

que os ME nunca poderão ter em conta todas as situações relativas a contextos reais nem todas as características dos alunos a que se destinam. Por isso, a sua utilização tem de pressupor sempre um trabalho dos professores na adequação do discurso e dos processos de ensinar.

A crescente influência da sociedade de informação e do conhecimento na construção das aprendizagens é o agente mais mutagénico nas sociedades contemporâneas. Actualmente a aquisição do conhecimento não se realiza apenas na escola, sendo inúmeras as fontes informativas ao dispor dos alunos (Morgado, 2004). O ME reveste-se da maior importância no processo ensino-aprendizagem, constituindo-se como o recurso mais prático e acessível à maioria dos alunos, desempenhando um papel fundamental nas práticas educativas. O ME não só é o principal instrumento integrador de vários saberes científicos, como é o elemento articulador e regulador da teoria e prática curricular. Ao desempenhar uma função importante no controlo do ensino e do currículo, constitui, ao mesmo tempo, uma possibilidade de regulação do próprio trabalho dos professores. Assim, urge reflectir sobre as práticas curriculares, no sentido de as tornar mais atractivas e eficazes tendo como ponto de partida o aluno, como é defendido por Morgado (2004), pelo que os ME devem ter um carácter aberto e abrangente, incentivando o recurso a outras fontes de informação e estimulando o dinamismo e a interactividade dos alunos na construção das suas aprendizagens.

O ME é elaborado obedecendo e aplicando as orientações curriculares emanadas pelo Ministério da Educação que se inscrevem numa perspectiva construtivista (Lima & Gomes, 2006).

Os ME virtuais interrelacionam os conteúdos disciplinares com os inúmeros recursos digitais ao alcance do utilizador. Usando o ME virtual como ponte de acesso ao mundo da informação, será possível coadunar os interesses da escola e dos alunos que nela aprendem a aprender. Os novos meios tecnológicos são um enorme atractivo para a população estudantil, que neles vê um excelente recurso de aprendizagem mais autónomo, dinâmico, interactivo e actual. A mudança de atitude face a esta nova dimensão do ensino-aprendizagem potencia o desenvolvimento de competências e consequentemente prepara melhor os jovens para os desafios contemporâneos.

ENQUADRAMENTO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A EpS é uma temática de carácter transversal, recém-introduzida no sistema educativo, que visa a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes, potenciando um efectivo sucesso escolar. Ser saudável, nos dias de hoje, é estar informado, ser culto, ser assertivo, autónomo e solidário.

Embora ninguém saiba bem quais os melhores caminhos para chegar à tão propalada sociedade do conhecimento, é hoje claro que uma escola não pode "produzir" conhecimento se, a montante, não se consciencializar do importante papel que desempenha na promoção da saúde dos seus mais diversos actores. A escola não pode, assim, continuar a limitar-se a trabalhar conteúdos conceptuais. Ela deve, isso sim, formar cidadãos educados e produtivos mas também, e não *sus menos* importante, cidadãos satisfeitos. (Re)pensar a escola como uma via geradora de bem-estar pessoal e social é acreditar num currículo ecologicamente saudável, capaz de criar condições que garantam às novas gerações uma vida plena, activa e feliz (Diogo & Vilar, 2000). Esta escola em mudança é um dos conceitos recentemente mais debatidos em contexto escolar. Olhar a escola com outros olhos parece uma necessidade premente que se coloca a todos os agentes educativos. Paradoxalmente, os currículos escolares, a constituição de turmas, a sequência dos conteúdos programáticos têm-se mantido praticamente imutáveis. Por outro lado, o currículo oficial pouco debatido e por conseguinte esquecido, ao nível das escolas, tem ficado reduzido à leccionação

dos programas disciplinares, longe de qualquer transversalidade que se esperava advir dos projectos curriculares de turma. O currículo supostamente traduzido e interpretado ao nível de cada turma, tem-se limitado à definição de competências específicas a desenvolver em cada disciplina, ao cumprimento das planificações e à participação nas actividades propostas no Plano Anual de Actividades da escola.

A reflexão sobre estas problemáticas leva a que, desde há vários anos, se debata a implementação da EpS no Currículo Nacional, tendo já sido equacionada a abordagem desta temática no contexto escolar, primeiro a nível disciplinar e mais recentemente transdisciplinar. Segundo (Rodrigues, 2006, p. 137) "a regra máxima é que estamos perante uma questão transversal e interdisciplinar, que não pode ser atacada por profissionais de saúde de forma isolada". Este apelo à interdisciplinaridade está já, mesmo, consagrado no Currículo Nacional do Ensino Básico. Por um lado, este documento identifica as competências de carácter geral a desenvolver ao longo dos nove anos de escolaridade. Por outro, especifica quais são os temas transversais às diversas áreas disciplinares: educação para os direitos humanos, educação ambiental, educação para a saúde e o bem-estar, em particular, a educação alimentar, a educação sexual e a educação para a prevenção de situações de risco pessoal. Para além disso, de acordo com o Programa das Ciências Físicas e Naturais, no tema "Viver Melhor na Terra" dever-se-ão abordar assuntos que se relacionem com a discussão de situações envolvendo riscos para a saúde (álcool, tabaco) e a necessidade de hábitos de vida saudáveis. Assim, os programas ao longo do 1.º, 2.º e 3.º ciclos apresentam conteúdos na área da saúde e da protecção da saúde. É esta ponte interdisciplinar, veiculada pelo programa, que fundamenta a nossa opção de abordar, nas Ciências da Natureza e Ciências Naturais, a EpS, utilizando, para tal o *b-learning*.

A implementação da EpS revela a escola, em geral, e o professor, em particular, como eixos fulcrais na promoção da saúde da comunidade educativa. Uma escola promotora de saúde integra esta temática num programa global de escola, quer nas áreas curriculares quer ao nível do currículo oculto (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005). Urge à escola adoptar um projecto educativo que defina linhas orientadoras no sentido de incluir a temática da EpS, no projecto curricular de escola/agrupamento e consequentemente nos projectos curriculares de turma. Como é referido no Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (2005, p. 4) "preconiza-se o estudo, reorganização e revitalização dos curricula das disciplinas do 1.º, 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico na perspectiva da Educação para a Saúde. Esta revitalização deverá ter carácter obrigatório com implicações a nível do desenvolvimento curricular, das disciplinas do projecto de turma e da avaliação dos alunos".

Esta recente implementação da EpS surge, assim, como um foco inovador, numa tentativa de revitalizar o currículo, sugerindo práticas transversais no domínio desta temática. Na verdade, no decurso de uma medida de política educativa de promoção do sucesso educativo, surge o paradigma actual da EpS, contextualizado pelo despacho n.º 19737/2005, 2.ª série (Ministério da Educação). Nele elege-se a escola como principal agente promotor da saúde individual e comunitária dos adolescentes: "de entre os objectivos prioritários de política educativa, o XVII Governo Constitucional consagrou no seu Programa a adopção de medidas atinentes à promoção da saúde global da população escolar, nomeadamente quando refere que de «entre as múltiplas responsabilidades da escola actual estão a educação para a saúde, para a sexualidade e para os afectos»". Por sua vez, o Despacho do Secretário de Estado da Educação Valter Victorino Lemos de 27/09/2006 (Ministério da Educação) define temáticas prioritárias para a EpS, a saber: alimentação e actividade física; consumo de substâncias psicoactivas; sexualidade; infecções sexualmente transmissíveis, designadamente VIH-Sida; violência em meio escolar.

Sendo assim, a EpS parece ser um dos rumos mais seguros a seguir para a construção de

um currículo para a contemporaneidade, capaz de dotar os aprendentes das competências essenciais que os tornem mais felizes e saudáveis. Tomando como conteúdo constitutivo a EpS, poderemos promover a aprendizagem significativa (Costa, 2005), partindo de um tema baseado em centros de interesse dos alunos e proporcionando, ao mesmo tempo, um meio privilegiado de partilha entre o sujeito e o objecto da aprendizagem. Visto a saúde ser um bem a desenvolver por todos, a EpS dá corpo a um conteúdo constitutivo baseado nos interesses e motivações dos discentes, sendo um dos mais adequados e passível de sucesso educativo (Vilar, 2006). Vendo a saúde como um estado de completo bem-estar físico, social e mental, a EpS poderá vir, assim, a tornar-se como o núcleo central do modelo didáctico que melhor serve educadores e educandos, criando ambientes de aprendizagem mais felizes e completos. Crescer num ambiente escolar saudável permite a construção de aprendizagens significativas e o desenvolvimento de competências, atitudes e comportamentos adequados.

Centralizar o currículo na EpS permite abordar e explorar uma área do interesse de todos, melhorando a qualidade de vida individual e da comunidade escolar. Ser saudável, nos dias de hoje, é estar informado, ser culto, ser assertivo, autónomo e solidário. A EpS, pela sua própria pertinência, é um dos temas interdisciplinares que estimula o trabalho cooperativo, possibilitando que os alunos planifiquem e organizem as suas intervenções, potenciando o desenvolvimento do indivíduo a pessoa. É também importante realçar que este tipo de conteúdo constitutivo é transversal, organizando a prática docente ao longo de um período alargado de tempo (Vilar, 2006). O papel da EpS parece ser fundamental em todo este processo de renovação escolar, orientando o aluno como agente activo da sua aprendizagem. A EpS deve contribuir para uma maior autonomia do objecto de aprendizagem, como refere Roldão (1999, p. 27), "apetrechar os indivíduos com competências de vária ordem, que poderão mobilizar e gerir nos seus próprios percursos pessoais".

Equacionando o currículo como um projecto, o papel da EpS surge como um pilar estruturante na construção e gestão de uma unidade flexível mas fortemente coerente, do sistema escolar. Cabe, desta forma, aos professores gerir esta nova área, adequando-a a cada situação específica e contexto particular. Como é sublinhado por Uva (2006, p. 46), "os professores são – embora não sendo os únicos – os agentes decisivos do processo educativo e dos seus resultados. É nas escolas, e por decisão fundamentada dos professores, que é possível construir o currículo real, o projecto curricular de cada escola."

Segundo o relatório da OMS, *Health for All in the 21st century* (Ministério da Saúde, 2004), aproximadamente 95% dos jovens dos ensinos básico e secundário deverão, até 2015, frequentar escolas promotoras de saúde. Crescer num ambiente escolar saudável permite a construção de aprendizagens significativas e o desenvolvimento de competências, atitudes e comportamentos adequados e com menores riscos para a saúde individual e comunitária. A escola é, assim, o espaço ideal para que os adolescentes possam, em parceria com os seus professores, desenvolver atitudes promotoras de saúde. Como é referido no Plano Nacional de Saúde (2004, p. 46): "uma escola promotora de saúde é a que garante a todas as crianças e jovens que a frequentam a oportunidade de adquirirem competências pessoais e sociais que os habilitem a melhorar a gestão da sua saúde e a agir sobre os factores que a influenciam. Para isso, são indispensáveis parcerias, procedimentos democráticos, metodologias participativas e desenvolvimento sustentado".

METODOLOGIA BASEADA EM *BLENDED LEARNING*

A diversidade de capital intelectual dos alunos que actualmente frequentam a escolaridade obrigatória, exige a produção de conteúdos interactivos e adaptados aos

diferentes contextos quer pessoais quer escolares. O *b-learning* apresenta-se hoje como a melhor resposta para esta nova dinâmica curricular, uma vez que combina e integra diferentes tecnologias e metodologias de aprendizagem, indo ao encontro da pedagogia diferenciada e do ensino individualizado, na sala de aula. O recurso a esta modalidade pedagógica permite a cada aluno, em particular, seguir percursos diversificados, respeitando o seu ritmo de aprendizagem e melhorando a eficácia e eficiência da aprendizagem (Singh, 2003). O b-learning ou aprendizagem híbrida articula o *e-learning* ou aprendizagem electrónica com a aprendizagem tradicional do ME impresso.

O *e-learning* é um método tecnológico educacional, cujos conteúdos são interactivos em formato multimédia e distribuídos, segundo Lima (2008): "via *Internet*, *Intranet* ou suportes magnéticos ou ópticos (sendo os mais comuns CD-ROM e DVD-ROM). O termo abrange genericamente a "aprendizagem baseada na *Web*" ("*Web-based learning*"), a "aprendizagem baseada na *Internet*" ("*Internet-based learning*"), a "aprendizagem em linha" ("*online learning*"), o "ensino distribuído" ("*distributed learning*") e a "aprendizagem baseada no computador" ("*computer based-learning*")".

Tratar a EpS numa vertente de *e-learning* baseia-se numa metodologia interactiva de netforuns, caixa de perguntas electrónica, atendimento on-line, rentabilizando todos os recursos existentes numa e-escola que se quer aberta ao mundo. Aprender electronicamente é ter acesso a um universo de informação à velocidade da luz. A escola do futuro promotora da saúde é concerteza a e-escola dos desafios contemporâneos das plataformas *moodle* e dos blogues temáticos que centram a aprendizagem nos alunos, na melhoria da qualidade vida (Educational Council of Europe, 2008).

A articulação do ME de CN, instrumento base do aluno com as novas tecnologias de comunicação, particularmente orientada no contexto sala de aula, motiva e facilita o desenvolvimento dos saberes em uso, ao longo da escolaridade básica, tornando o aluno progressivamente mais capaz de alcançar algumas competências gerais, definidas no documento da Reorganização Curricular (Ministério da Educação, 2002, p. 23):

- Mobilizar saberes culturais, científicos e tecnológicos para compreender a realidade e para abordar situações e problemas do quotidiano;
- Usar adequadamente linguagens de diferentes áreas do saber cultural, científico e tecnológico para se expressar;
- (6) Pesquisar, seleccionar e organizar informação para a transformar em conhecimento mobilizável;
- (8) Realizar actividades de forma autónoma, responsável e criativa.

Desenvolver as competências de EpS numa perspectiva de b-learning, conjugando a aprendizagem via manual escolar com *e-learning*, corresponde às expectativas das escolas actuais, permitindo abordar e explorar uma área do interesse de todos no sentido de melhorar a qualidade de vida pessoal e social da comunidade escolar (Arends, 2008). Uma educação para a contemporaneidade que se deseja numa escola do futuro também designada por e-escola, deverá ter como eixos fundamentais a promoção da saúde escolar e o recurso às novas tecnologias de comunicação, utilizando como principal ferramenta de comunicação a *Internet* e o acesso a uma plataforma de aprendizagem *moodle*, (Ministério da Educação, 2005). O recente programa e-escolas defende que se a educação é crucial para o desenvolvimento de qualquer sociedade, o acesso à *Internet* em Banda Larga é a folha branca dos estudantes de hoje. A mochila está rapidamente a ser substituída pelo computador e os quadros electrónicos já convivem em algumas escolas portuguesas, lado a lado com os tradicionais quadros negros a giz, (Portugal Telecom, 2008).

Uma aprendizagem interactiva em EpS usa linguagens de programação na óptica

do utilizador que tornam os microcomputadores uma excelente e eficaz ferramenta para qualquer tipo de trabalho ou projecto a desenvolver na e-escola. O *software* de processadores de texto, folhas de cálculo e bases de dados do *Microsoft Office* permitem a qualquer jovem a elaboração de inquéritos em *MSWord*, lançamento de dados em MSExcel, criação de bases de dados em *MSAcess* e elaboração de gráficos em *MSChart*, o que indubitavelmente torna a aprendizagem em Saúde Escolar, mais atractiva e motivadora.

Educar para estilos de vida saudáveis, no sentido de melhorar a qualidade de vida da comunidade escolar passa por motivar os jovens adolescentes a investir no próprio capital de saúde. As novas tecnologias de informação e comunicação actualmente ao dispor das comunidades escolares cativam os alunos e potenciam a interiorização das aprendizagens, como é referido por Lima e Capitão (2003, p. 23): "…constata-se que a evolução tecnológica atingiu patamares de sofisticação muito altos, conduzindo à proliferação de ferramentas com capacidades muito aliciantes de produção de e-conteúdos, sendo mais provável que as exigências ou expectativas dos alunos que frequentam cursos de *e-Learning* e e-Conteúdos sejam maiores do que as dos alunos que frequentam cursos presenciais. Por outro lado, conteúdos mais ricos e mais estruturados criam uma motivação maior e fomentam a aprendizagem".

As simulações de computador, os *CD-ROM* e os sítios da *Web* virtuais são meios poderosos para trazer o mundo exterior para dentro da escola. A criação de blogues temáticos, a participação em projectos on-line e a pesquisa avançada com motores de busca agregadores, facilita e promove a aprendizagem electrónica em EpS – *e-Health*. São inúmeros os sítios da *Web* onde os alunos podem beber informação e candidatar-se a projectos, aprender interactivamente ou concorrer a concursos relacionados com a temática da EpS, como alimentação, hábitos alimentares, energias alternativas numa escola de futuro, aprendendo interactivamente e integrando a geração do século XXI que aprende na mobilidade. As páginas do manual escolar, exemplificadas, demonstram claramente a riqueza do *b-learning* ao dispor dos alunos.

MANUAL ESCOLAR VIRTUAL

Utilizamos o ME de Ciências da Natureza Bioterra 6 da Porto Editora (Motta, Viana, & Isaías, 2004) para exemplificar algumas das funcionalidades do manual virtual. Implementamos links através de *XHTML/CSS/Javascript* em determinados locais das imagens ou legendas de tal forma que o aluno, ao passar o rato possa abrir páginas da *internet* directamente relacionadas com as aprendizagens a construir.

Minerva
Aditivos – os "E" nos alimentos

Plataforma Contra a Obesidade
E-book: A História de Vboy

Jogo "MyPyramid Blast Off"
Team Nutrition

Quiz
Segurança Alimentar para os Mais Novos

Ministério da Saúde
Atchim – o lado divertido da gripe

Instituto da Droga e da Toxicodependência
"Coloca as tuas dúvidas"

Filme sobre a SIDA
Médicos sem Fronteiras

Jogo "Máquina da Verdade"
Tu alinhas?

Plataforma Contra a Obesidade
Quiz

SPCNA
Plano alimentar

Vídeo "Equilíbrium"
Food4U

"Testa os teus conhecimentos"
Agrupamento de Escolas da Lousã

CONCLUSÃO

Aproveitar a Educação para a Saúde como flexibilizadora e dinamizadora de projectos, ao nível das instituições escolares, parece ser um dos rumos mais seguros a seguir para a construção de um currículo para a contemporaneidade, capaz de dotar os aprendentes das competências essenciais que os tornem mais felizes e saudáveis. A rentabilização do manual escolar de Ciências da Natureza e de Ciências Naturais, em contexto de *blended learning*, contribui para desenvolver nos alunos as competências necessárias para promover uma construção do conhecimento mais partilhada e mais contextualizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arends, R. (2008). *Aprender a Ensinar.* Espanha: The McGraw-Hill Companies.

Costa, I. (2005). *Concepções Alternativas em Astronomia à luz do Modelo de Ensino por Pesquisa.* Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.

Diogo, F., & Vilar, A. M. (2000). *Gestão Flexível do Currículo.* Porto: Edições ASA.

Educational Council of Europe. (2008). Obtido em 21 de Julho de 2008, de Schools for Health in Europe: http://www.schoolsforhealth.eu/index.cfm

Gérard, F. M., & Roegiers, X. (1998). *Conceber e Avaliar Manuais Escolares.* Porto: Porto Editora.

Grupo de Trabalho de Educação para a Saúde. (2005). *Relatório preliminar do GTES.* Obtido em 20 de Julho de 2008, de Direcção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular: < http://www.min- edu.pt/np3content/?newsId=298&fileName=rel_preliminar_ed_sexual.pdf

Leite, C. (2003). Manuais escolares: recurso didáctico ou normalizador de saberes? *Página da Educação* .

Lima, J. R. (Julho de 2008). Apontamentos da aula do módulo de *E-learning*. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

Lima, J. R., & Capitão, Z. (2003). *e-learning e e-conteúdos.* Lisboa: Centro Atlântico.

Lima, M. J., & Gomes, C. (2006). Metáforas e Analogias nos Conteúdos Programáticos de Geologia dos Manuais Escolares do 7.º e do 10.º ano de escolaridade. In U. d. Aveiro, *Livro de Actas do Simpósio Ibérico do Ensino da Geologia.* Aveiro: Universidade de Aveiro.

Ministério da Educação. (15 de Junho de 2005). Despacho n.º 19737/2005 (2.ª série). *Diário da República* . Lisboa: Ministério da Educação.

Ministério da Educação. (27 de Setembro de 2006). *Educação para a Saúde.* Obtido em 21 de Julho de 2008, de Direcção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular: http://www.sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/Despacho27092006.pdf

Ministério da Educação. (2005). *Escola Móvel.* Obtido em 20 de Julho de 2008, de Direcção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular: http://www.dgidc.min-edu.pt/escola_movel/escola.html

Ministério da Educação. (2002). *Reorganização Curricular do Ensino Básico (3.º ciclo).* Porto: Porto Editora.

Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010.* Obtido em 20 de Julho de 2008, de Direcção Geral da Saúde: http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006757.pdf

Morgado, J. C. (2004). *Manuais escolares. Contributo para uma análise.* Porto: Porto Editora.

Motta, M. L., Viana, M. A., & Isaías, E. (2004). *Bioterra 6.* Porto: Porto Editora.

Neves, P. C. (2002). *Os manuais escolares de Física do 9.º ano de escolaridade e a construção do*

conhecimento. Lisboa: Universidade Aberta.

Oliveira, M. T. (1997). *A Metáfora, a Analogia e a Construção do Conhecimento Científico no Ensino e na Aprendizagem. Uma Abordagem Didáctiva.* Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Portugal Telecom. (2008). *PT escolas: A aventura do conhecimento.* Obtido em 21 de Julho de 2008, de Portugal Telecom: http://ptescolas.telecom.pt

Rodrigues, M. A. (2006). Perspectiva interdisciplinar na formação de "educadores de saúde". In G. Hamido, H. Luís, M. C. Roldão, & R. Marques, *Trnasversalidade em educação e em saúde* (pp. 133-150). Porto: Porto Editora.

Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde. Formação pedagógica de educadores de saúde.* Coimbra: Formasau.

Roldão, M. C. (1999). *Os Professores e a Gestão do Currículo. Perspectivas e Práticas em Análise.* Porto: Porto Editora.

Singh, H. (2003). Building Effective *Blended Learning* Programs. *Educational Tecnhology , 43*, pp. 51-54.

Uva, M. (2006). Educar para a arte numa turma de "Grafitters". In G. Hamido, H. Luís, M. C. Roldão, & R. Marques, *Transversalidade em educação e em saúde* (pp. 41-52). Porto: Porto Editora.

Vilar, A. M. (2006). *Didáctica: Questões Gerais (Textos Propedêuticos).* Porto: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto.

Referências dos sítios *Internet* das imagens

Página 7:

http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/planetaPositivo/planeta3D.html?menuid=212&exmenuid=165&SelMenuId=212

http://www.minerva.uevora.pt/publicar/aditivos/

http://teamnutrition.usda.gov/resources/game/BlastOff_Game.html

Página 8:

http://gripeinfantil.dgsaude.min-saude.pt/atchim/atchim.asp?ID_TOPICO=4

http://www.idt.pt/id.asp?id=p10p177

http://www.tu-alinhas.pt/InfantoJuvenil/displayconteudo.do2?numero=18848

http://www.msf.org

Página 9:

http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/planetaPositivo/planeta3D.html?menuid=212&exmenuid=165&SelMenuId=212

http://www.spcna.pt/noticias/?imc=1n&fmo=ln&day=24&month=10&year=2007&noticia=626&first=1

http://www.eb23-lousa.rcts.pt/2006_2007/HotP/CdN/Alim/alimen.htm

http://www.food-4U.it/video/video2006/index.htm

COM A SAÚDE TAMBÉM SE BRINCA

R. A. Dores[1], J. Barreto[2] & P. Barros[3]

Resumo

Este trabalho pretende apresentar parte das actividades desenvolvidas no âmbito do Projecto "Eu e o Meu Corpo", financiado pelo Programa Ciência Viva VI. As actividades descritas foram desenvolvidas junto da comunidade por estudantes finalistas da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP-IPP) sob supervisão, consistindo na implementação de acções educativas de sensibilização, de difusão de informação e de mobilização para a adopção de hábitos saudáveis, a par do estímulo ao contacto e ao gosto pela ciência. Esta experiência foi positiva, tanto pela avaliação favorável e número crescente de solicitações das instituições envolvidas, como por conciliar o contacto inicial com a ciência, a educação para a saúde junto de populações mais jovens e a promoção da consciência dos estudantes da ESTSP-IPP acerca do seu papel de educadores permanentes e comunitários.

Palavras-chave

Educação para a saúde; educação para a ciência; profissionais de saúde.

1. CIÊNCIA NA E PARA A SOCIEDADE

Vivemos um momento de profundas transformações sociais, associadas a um rápido desenvolvimento tecnológico. Neste contexto a ciência e a tecnologia tornaram-se sectores essenciais das sociedades actuais, revelando-se o saber dos cidadãos o factor determinante para o sucesso dessas mesmas sociedades. Não um saber unicamente confinado à acumulação de conhecimentos rapidamente perecíveis, mas um saber que terá de incluir as dimensões do saber fazer, saber ser e saber estar. É ainda fundamental que subjacente esteja a concepção de que o conhecimento actual é uma construção em permanente desenvolvimento.

O saber gerado deve ser utilizado em benefício da sociedade, transformando-a através da acção no seio das organizações sociais, como a família, a rede social ou a instituição de trabalho, convertendo-se em resultados visíveis e concretos.

A revolução a que se assiste neste domínio repercute-se nas solicitações e exigências que se colocam aos indivíduos, enquanto profissionais e cidadãos. Se aos profissionais de saúde do passado era essencialmente pedido que cumprissem com eficácia um conjunto determinado de tarefas, aos profissionais do futuro será pedido que saibam pensar criticamente sobre as situações, que procurem a informação, que realizem formação contínua, que tomem decisões, trabalhem em equipa e proponham soluções criativas para problemas novos. Esta será a diferença entre profissionais de sucesso, com capacidade de adaptação a um mundo em constante transformação, e profissionais que, cristalizados em rotinas definidas, rapidamente perdem a qualificação necessária ao exercício das suas funções. Por estes motivos importa repensar a formação dos futuros profissionais de saúde. Paralelamente, exigências similares são colocadas aos cidadãos, a quem é pedida uma participação activa e efectiva no exercício da sua cidadania, para o qual, pelo que dissemos antes, uma cultura científico-tecnológica satisfatória passou a ser fundamental.

1. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto (ESTSP - IPP) e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS - UP). **artemisa@estsp.ipp.pt**
2. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto (ESTSP - IPP). **pgb@estsp.ipp.pt**
3. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto (ESTSP - IPP). **jtb@estsp.ipp.pt**

Inexoravelmente, a Educação no presente deve contribuir para formar cidadãos conscientes desta realidade, constituindo-se um *locus* privilegiado de formação acerca da e para a ciência. Cumpre a todos os profissionais envolvidos nesta tarefa estimular o aprender a aprender, e desenvolver precocemente nas crianças o gosto pela descoberta e pela ciência. Ao agir assim pretende-se que a formação não se esgote no término de um qualquer grau de ensino, visando igualmente a elevação da qualificação profissional e a promoção do exercício consciente da cidadania. Nas palavras de Martins (2002) fomentar "nos alunos e, consequentemente, nos cidadãos uma visão mais equilibrada e completa da importância do conhecimento científico no progresso efectivo das sociedades é hoje um dos grandes objectivos dos educadores, dos cientistas, dos políticos da educação e de muitos pensadores." (pp. 74).

De acordo com Reis (2006), "(…) numa sociedade científica e tecnologicamente avançada, o exercício da cidadania e a democracia só serão possíveis através de uma compreensão do empreendimento científico e das suas interacções com a tecnologia e a sociedade que permita, a qualquer cidadão, reconhecer o que está em jogo numa disputa sociocientífica, alcançar uma perspectiva fundamentada e participar em discussões, debates e processos decisórios." (p.52). Como resultado, o incremento da literacia científica pode contribuir para a avaliação informada, atenta, crítica, fundamentada e responsável das propostas científicas e tecnológicas (Cachapuz, Praia & Jorge, 2002; Millar & Osborne, 1998).

Para que tal se verifique será certamente crucial facilitar aos cidadãos, desde tenra idade, uma relação estreita com a ciência e a tecnologia, permitindo-lhes familiarizarem-se com a sua linguagem e os seus processos. Apesar deste posicionamento começar a ser defendido em termos teóricos, parece ainda não se ter reflectido de forma significativa na prática, como atestam estudos recentes. Por exemplo, num estudo qualitativo realizado por Reis, Rodrigues e Santos (2006) sobre as concepções acerca da natureza da ciência de um grupo de 48 alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico (2.º e 4.º anos de escolaridade), verificou-se que, para a maioria dos participantes, a realidade da ciência consiste num conjunto de ideias estereotipadas e distorcidas veiculadas pelos meios de comunicação social. Constata-se, ainda, a ausência de qualquer tipo de intervenção da escola na análise crítica dessas ideias e na discussão de aspectos da natureza da ciência.

Parece assim sair reforçada a ideia de que, na modificação das concepções estereotipadas acerca da ciência e dos Cientistas, pode revelar-se importante a participação precoce e directa das crianças, em idade pré-escolar e 1.º ciclo, em actividades de sala de aula e ateliers científicos destinados a promover a construção de conhecimentos mais ajustados à realidade acerca do empreendimento científico.

Acreditamos que as instituições educativas não se podem demitir do seu papel formativo neste domínio, reconhecendo o papel que actividades de educação formal podem desempenhar na desconstrução de algumas das ideias erróneas veiculadas por agentes de educação não formal ou complementar e explorar a informação veiculada por outros (ex.: rádio, televisão, imprensa escrita, cinema, *Internet*, museus, centros de ciência). De facto, a literatura tem sinalizado a importância destes agentes na promoção da literacia científica (Falk, 2001; Lewenstein, 2001; Martins, 2002; Reis, 2006).

Apesar de se enfatizar aqui o contexto escolar, reconhecemos que esta será uma batalha perdida se não se assegurar a inovação, a criatividade e a originalidade das experiências formativas. Com efeito, características tradicionalmente associadas unicamente às experiências de educação não-formal como a maior autonomia do aluno na gestão da aprendizagem em função dos seus interesses, ritmo de aprendizagem e capacidades têm contribuído para que os alunos canalizem para aí, em detrimento da educação formal, o seu interesse e motivação (Reis, 2006).

Presentemente, fruto do reconhecimento e valorização destas experiências formativas na promoção da literacia científica, assistimos ao desenvolvimento de inúmeras iniciativas, como actividades inovadoras em museus, feiras de ciência ou os projectos desenvolvidos no âmbito do Programa Ciência Viva. Este Programa apoia, desde 1996, projectos que visam a promoção de actividades experimentais na aprendizagem das ciências, envolvendo a comunidade científica e a educativa, numa perspectiva de partilha de recursos e de conhecimentos (cf. www.cienciaviva.pt/concurso/).

Neste contexto, apresentámos um projecto no domínio científico da saúde designado "Eu e o Meu Corpo", adiante descrito com algum detalhe. No entanto, aos propósitos de Educação para a Ciência (EpC) procurámos acrescentar outros, aproveitando o contacto com a comunidade como ocasião formativa para os estudantes e oportunidade de intervenção de Educação para Saúde (EpS). É esta vertente do projecto que a seguir apresentamos, através de uma breve revisão teórica em que procuramos evidenciar a necessidade de novas medidas de intervenção que considerem populações e contextos tradicionalmente pouco considerados enquanto alvos privilegiados de acção.

2. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PRECISA-SE

Nas últimas décadas, a crescente urbanização, aumento da esperança de vida, envelhecimento da população, diminuição da natalidade e redução da mortalidade infantil conduziram a alterações no tecido social dos países (WHO, 1998a; Dores, Barreto & Barros, 2008). Tais alterações têm-se repercutido no estilo de vida das populações, favorecendo o sedentarismo, o ritmo de vida acelerado e a mudança dos hábitos alimentares.

Estas alterações nas tendências demográficas e no estilo de vida têm-se reflectido na saúde humana, independentemente do grupo etário (WHO, 1998b). Concretamente, o panorama mundial das doenças crónicas, transmissíveis ou não, assume nas últimas décadas contornos preocupantes, ao passo que, apesar das excepções, a maioria das doenças infecciosas estão hoje controladas. Como tal, as abordagens relacionadas com os cuidados de saúde parecem orientar-se mais para as doenças crónicas, em que o comportamento e todos os factores pessoais e sociais a ele subjacente, são factor decisivo, tanto de risco como de saúde e bem-estar. O foco da atenção dos serviços de saúde desloca-se da preocupação de permitir viver mais anos para a de proporcionar meios de os viver com qualidade e dignidade (Dores, Barreto Barros, 2008).

Ademais, parece consensual que o estado e a manutenção da saúde nas várias dimensões definidas pela OMS, tal como expresso na Declaração de Alma-Ata, dependem em grande escala dos comportamentos de cada indivíduo *per si* e da comunidade com a qual interage (Dores, Barreto & Barros, 2008; OMS, 1978). Neste enquadramento, a Promoção da Saúde (PdS) surge como uma das estratégias deste sector, tendo como objectivo favorecer a melhoria da qualidade de vida da população. Pode ser definida como o processo que consiste em envolver toda a comunidade, movimentos sociais e pessoas de todas as áreas numa acção compartilhada e activa na melhoria da sua qualidade de vida, em que os indivíduos ou colectividades devem ser capazes de identificar objectivos, satisfazer necessidades e tornar o meio ambiente mais saudável (Brasil, 2006). Importa, assim, que as iniciativas que estimulem, apoiem e reforcem a mudança ocorram junto das e com as comunidades.

Dentro da PdS, a EpS deve envolver experiências planeadas, formais ou informais, favorecendo o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, que potenciem a realização de opções e a tomada de decisão consciente e fundamentada no domínio da saúde (Williams, *cit in* Andrade, 1995). Esta tomada de decisão deve ser uma atitude permanente, face às diversas situações do quotidiano (Andrade, 1995).

Pelo exposto, é nossa preocupação introduzir o papel de educador permanente e comunitário na formação dos técnicos de saúde. Procurámos aprofundar esta perspectiva no projecto anteriormente mencionado e que a seguir apresentamos.

3. O PROJECTO "EU E O MEU CORPO"

Estudos recentes têm demonstrado que as origens do risco de muitas doenças crónicas, como a diabetes e as doenças cardiovasculares, começam na infância ou até mesmo antes, sendo posteriormente o risco definido e modificado pelas experiências ao longo da vida. Como se sabe, é no contexto educativo que a população infantil passa muitas horas do seu dia e grande parte da sua vida, estando exposta às múltiplas influências que aí se manifestam e, para mais, encontrando-se em etapas desenvolvimentais caracterizadas pela forte disponibilidade e orientação para a aprendizagem, a formação da personalidade e o desenvolvimento do exercício de cidadania.

Atendendo a esta realidade, a intervenção neste domínio passará por considerar cada vez mais e mais cedo acções de EpS, e por admitir o lugar privilegiado dos contextos educativos como cenário para as mesmas. Efectivamente, é importante que todos aqueles que directa ou indirectamente se relacionam com a escola, professores, auxiliares de acção educativa e outros agentes, disponham de competências para maximizar as inúmeras oportunidades conferidas pelas instituições educativas para fomentar um estilo de vida saudável.

Neste enquadramento, desenvolvemos o Projecto "Eu e o Meu Corpo" de que vimos falando. Com este trabalho pretendemos apresentar o referido projecto, desenvolvido junto da comunidade por estudantes finalistas da ESTSP-IPP sob supervisão e acompanhamento, que consistiu na implementação de acções educativas de sensibilização, de difusão de informação e de mobilização para a adopção de hábitos saudáveis, potenciadores da qualidade de vida. Estas medidas, situadas ao nível do incentivo e desenvolvidas em contextos educativos e/ou de trabalho do meio envolvente da ESTSP-IPP, visaram ainda motivar as próprias instituições a serem proactivas nos restantes níveis da PdS – o do apoio e o da protecção (ENHPS, 2006).

Tentámos então que, a par da promoção da literacia científica, neste caso respeitante ao estudo da estrutura e do funcionamento do corpo humano, iniciativas desta natureza sensibilizassem para o respeito e a valorização do corpo e da saúde. Em última instância, seria favorecido o desenvolvimento de competências de tomada de decisão informada e consciente, ou seja, a consolidação das aprendizagens de modo a produzir mudança no imediato, mas prioritariamente no futuro.

Além da conjugação de EpC e EpS a que já antes fizemos referência, acresce um outro nível de objectivos do Projecto: o de contribuir para a consciencialização dos nossos estudantes, futuros profissionais de saúde, quanto ao papel primordial que podem assumir enquanto educadores permanentes e comunitários junto da população em geral e de grupos populacionais específicos, considerados prioritários nas suas áreas específicas de formação. Com esta metodologia procurámos que ampliassem o conhecimento acerca de diferentes realidades, actuassem em contextos que não exclusivamente os tradicionais contextos de saúde, aumentassem a sua inserção comunitária, desenvolvessem o seu espírito crítico e uma perspectiva de maior paridade entre os profissionais de saúde e os indivíduos destinatários das suas acções.

3.1. Contexto institucional

A ESTSP-IPP é uma instituição de Ensino Superior na área da saúde e integra o Instituto Politécnico do Porto. Estão envolvidas no desenvolvimento do Projecto as Áreas Científico-Pedagógicas de Ciências Sociais e Humanas e de Ciências Morfológicas. Da

sinergia entre os objectivos das duas áreas surgiu um projecto que pretendeu actuar ao nível da promoção da saúde.

As actividades nestas Áreas Científico-Pedagógicas encontram-se estruturadas em torno de 6 eixos orientadores: o ensino, a formação contínua, a investigação, a gestão académica, as actividades de extensão e a prestação de serviços. É precisamente ao nível das actividades de extensão e do ensino, visando o duplo objectivo já anteriormente enunciado, que procuramos (i) a identificação de entidades para estabelecimento de parcerias de forma a criar sinergias; e (ii) o desenvolvimento e/ou participação em actividades de natureza científica, pedagógica ou formativa em outras instituições, contribuindo para a divulgação do trabalho desenvolvido no ensino e na investigação.

3.2. As temáticas

A seguir apresentamos a área temática em torno do qual se encontra estruturado o projecto e os objectivos gerais que nortearam a acção neste domínio.

O projecto "Eu e o meu corpo" foi um projecto que pretendeu sensibilizar para a necessidade da formação e sensibilização para a ciência se iniciar no pré-escolar. As actividades desenvolvidas visaram promover uma primeira incursão na aprendizagem da estrutura e do funcionamento do corpo humano e alertar para a necessidade da criança adquirir e adoptar precocemente hábitos de vida que futuramente possam contribuir para a prevenção e protecção da sua saúde.

3.3. Os formadores

Foi proposta colaboração no projecto aos estudantes da ESTSP dos cursos de Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Audiologia, Cardiopneumologia, Farmácia, Neurofisiologia e Saúde Ambiental, no âmbito da disciplina de Psicologia da Educação (PE), no ano lectivo de 2006/2007 e 2007/2008. Nesta unidade curricular foi ainda acompanhado o desenvolvimento inicial das acções propostas. Depois de seleccionados os trabalhos propostos, mais de 40 estudantes participaram na fase final do Projecto, realizando acções na comunidade sob supervisão e acompanhamento dos docentes da disciplina de PE. Algumas sessões foram ainda ministradas pelos docentes da ESTSP associados ao Projecto

3.4. As instituições alvo e os participantes

As acções desenvolvidas foram apresentadas a grupos dos 3 aos 5 anos da Associação Infantário Jardim de Infância Carolina Michäelis e às crianças do Aniquibébé – Creche e Jardim de Infância, Lda, num total de aproximadamente 57 participantes por acção. No sentido de alargar a população abrangida, as acções desenvolvidas no âmbito do Projecto foram ainda apresentadas a grupos de crianças de mais duas instituições de educação pré-escolar: o Instituto Van Zeller no Porto e o Colégio do Sardão, Vila Nova de Gaia, num total de aproximadamente 100 participantes. As solicitações efectuadas por estas instituições foram feitas de acordo com a sua população específica e as necessidades locais.

No total, então, foram envolvidas 4 instituições, onde as 9 acções preparadas (cf. infra) deram origem a um total de 37 sessões.

3.5. As acções, população alvo e objectivos

De acordo com a disponibilidade das instituições e dos formadores, foram realizadas, de 2006 a 2008, as seguintes acções formativas/educativas:

Acção:

- Que fazemos quando comemos?

Objectivos:

- Conhecer a estrutura e constituição geral do aparelho digestivo;
- Saber o papel dos principais órgãos envolvidos no mecanismo de digestão;
- Entender o mecanismo de deglutição e passagem dos alimentos ao longo do aparelho digestivo;
- Descrever por palavras suas o modelo do aparelho digestivo;
- Identificar num modelo anatómico os órgãos envolvidos na digestão e suas funções;
- Apontar as diferentes zonas de sensibilidade da língua aos quatro sabores;
- Enumerar o tipo e quantos dentes constituem a dentição completa;
- Regras de higiene antes e após as refeições e necessidade de selecção de alimentos saudáveis.

Acção:

- Porque bate, bate o coração?

Objectivos:

- Conhecer a estrutura e constituição geral do sistema cardiovascular;
- Localizar o coração no corpo;
- Explicar a função do coração e a sua importância para o funcionamento do corpo;
- Reconhecer a existência do sangue e dos vãos sanguíneos;
- Estabelecer relação entre coração, vãos e sangue;
- Associar hábitos comportamentais correctos/incorrectos com o bom/mau funcionamento do coração.

Acção:

- Porque enche o peito de ar?

Objectivos:

- Conhecer a localização, estrutura e constituição geral do aparelho respiratório;
- Identificar os movimentos da caixa torácica;
- Reconhecer os órgãos do aparelho respiratório;
- Distinguir inspiração de expiração;
- Reconhecer o esforço para mover bolas de papel soprando por palhinhas;
- Reconhecer alterações na respiração antes e após actividade física;
- Identificar cuidados a ter para um bom funcionamento do aparelho respiratório.

Acção:

- Sr. Cérebro Comandante

Objectivos:

- Apresentar o sistema nervoso e os cinco órgãos dos sentidos, as suas funções

- Sensibilizar para a necessidade dos cuidados preventivos
- Consequências dos comportamentos incorrectos.
- Compreender o papel do cérebro no funcionamento do corpo humano;
- Compreender a relação entre sistema nervoso aferente e eferente;
- Conhecer os cinco sentidos e entender a importância de cada um;
- Perceber que a ausência de um sentido pode ser ultrapassada pelos restantes;
- Conhecer alimentos benéficos e nocivos para o cérebro, conhecer a importância do sono.

Acção:

- Como se movem os músculos e ossos?

Objectivos:

- Conhecer o sistema esquelético e o sistema muscular, conhecer a função dos ossos e dos músculos;
- Entender que o sistema esquelético funciona como suporte do corpo humano;
- Entender que o sistema muscular é responsável pela movimentação do corpo;
- Perceber que os músculos e ossos estão e só funcionam quando associados;
- Conhecer os factores responsáveis pela boa preservação e manutenção do sistema esquelético e muscular.

Acção:

- Cabelo pele e unhas

Objectivos:

- Conhecer a estrutura composição e organização da pele, cabelo e unhas;
- Reconhecer a importância dos cuidados gerais a ter com estas partes do corpo.
- Identificar a estrutura de um cabelo;
- Reconhecer a existência de vários tipos de cabelos;
- Identificar os problemas resultantes da presença de parasitas e relacionar com a má higiene do cabelo;
- Exemplificar de forma teatral a correcta lavagem do cabelo, reconhecer os constituintes gerais da pele, identificar a existência de vários tipos de pele;
- Reconhecer a importância da correcta lavagem das mãos antes das refeições e do banho diário;
- Reconhecer a importância da protecção solar da pele;
- Reconhecer a forma correcta de corte e limpeza das unhas dos pés e mãos.

Acção:

- João e o Amigo Trapalhão

Objectivos:

- Adquirir hábitos saudáveis como acordar cedo, tomar banho, tomar o pequeno-

almoço, escovar os dentes, lavar as mãos e fazer desporto;

- Adquirir regras de segurança como não falar com pessoas estranhas, não brincar com fósforos, fogão e tomadas, não mexer em medicamentos, não mexer em produtos perigosos, respeitar semáforos e passadeiras;
- Relacionar hábitos saudáveis com qualidade de vida.

Acção:

- Sol Amigo e Sol Inimigo

Objectivos:

- Reconhecer a importância do sol para a saúde infantil;
- Identificar os riscos inerentes à exposição solar;
- Apresentar estratégias de prevenção de queimaduras solares e desidratação;
- Adoptar medidas adequadas à exposição solar;
- Associar uma exposição solar inadequada ao desenvolvimento de doenças graves.

Acção:

- Higiene Oral

Objectivos:

- Perceber os riscos associados à má higiene oral;
- Identificar as funções da boca;
- Reconhecer as principais patologias associadas aos dentes e gengivas;
- Identificar as principais causas dessas patologias;
- Praticar a técnica de escovagem dos dentes.

3.6. Métodos e técnicas pedagógicas

As sessões foram organizadas recorrendo inicialmente a imagens projectadas para a transmissão de conteúdos de forma sequencial. Posteriormente eram realizadas as actividades práticas/experimentais específicas de cada um dos temas, nomeadamente demonstrações (e.g., contar as pulsações, ouvir o bater do coração com um estetoscópio, verificar a adaptação da pupila à luminosidade, identificar diferentes cheiros, utilizar a técnica de lavagem dos dentes, etc.), jogos e actividades recreativas diversas adequadas à faixa etária (e.g., construção de puzzles, desenho, pintura, visualização de vídeos e animações, entre outros).

Nas diversas acções foram utilizados os métodos expositivo, interrogativo, demonstrativo e activo.

As principais técnicas utilizadas foram trabalhos individuais, trabalhos de grupo, jogos pedagógicos e dinâmica de grupos.

3.7. Os recursos didácticos

Como recursos didácticos foram utilizados o computador, o videoprojector, vídeos e jogos didácticos, além de materiais de uso mais específico ou construídos especificamente para as acções, incluindo, por exemplo, modelos do coração e do sistema circulatório, estetoscópio ou radiografias.

3.8. Avaliação das acções de formação e resultados de aprendizagem

A avaliação da qualidade pedagógica da formação na perspectiva dos formandos (nível 1) foi acedida recorrendo a instrumentos com resposta tipo Likert e de resposta aberta e a escalas visuo-analógicas na maioria dos casos.

Excepto em situações pontuais, por limitação de tempo, houve lugar a avaliação de nível 2, com o objectivo de testar os conhecimentos e os resultados de aprendizagem efectivamente obtidos com a formação.

Por uma questão de parcimónia, atendendo ao número elevado de sessões realizadas, não serão aqui apresentados de um modo discriminado os resultados obtidos com as avaliações. Merece, no entanto, referência o facto da avaliação das formações ter sido sempre muito positiva, quer quando avaliadas pelos formandos/população-alvo, quer no feedback fornecido pelos responsáveis das instituições. A avaliação dos resultados de aprendizagem revelou níveis elevados de aproveitamento, não se verificando resultados inferiores a 50% de acertos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho tivemos como principal objectivo divulgar um projecto-piloto em curso na ESTSP-IPP, que visou constituir-se numa resposta educativa em áreas relevantes de EpS, aliadas à EpC. Pretendemos igualmente promover o intercâmbio de experiência com outros profissionais envolvidos em actividades nestes domínios.

Ao longo da sua realização procurámos ir ao encontro de questões significativas, que nos desafiaram a pensar a ciência, a saúde e a intervenção nestes domínios e a formação dos futuros profissionais de saúde à luz dos novos contornos conferidos por este início de século.

Ao actuar junto de crianças em idade pré-escolar, revelou-se necessária uma adaptação dos objectivos, dos métodos, técnicas e instrumentos de avaliação às suas características desenvolvimentais. Procurámos, deste modo, motivar e sensibilizar para a problemática em questão, e promover o seu envolvimento e participação activa nas acções.

Com as actividades desenvolvidas neste projecto contribuímos para a aproximação da ESTSP-IPP da comunidade envolvente, nomeadamente as instituições de educação pré-escolar. Ao organizar e apresentar junto dos mais jovens actividades que visaram sensibilizar, difundir, informar e mobilizar para a adopção de hábitos saudáveis pensamos contribuir para o melhoramento da qualidade de vida e da saúde desta população no futuro. As actividades desenvolvidas permitiram também aumentar e fomentar o gosto pelo conhecimento do nosso corpo.

Esta experiência foi positiva, considerando a avaliação favorável e número crescente de solicitações das instituições envolvidas, por ter cumprido objectivos no domínio da EpS e da EpC e por favorecer a consciência dos estudantes acerca do seu futuro papel de educadores permanentes e comunitários.

REFERÊNCIAS

Andrade, M. (1995). *Educação para a Saúde*. Lisboa: Texto Editora.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (2006). *Obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde (Série Cadernos de Atenção Básica, n.º 12).

Cachapuz, A., Praia, J. & Jorge, M. (2002). *Ciência, educação em ciência e ensino das ciências*. Lisboa: Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional.

Dores, A., Fonte, R. & Barreto, J. (2008). *Avaliação das necessidades de formação e das competên-*

cias percebidas no exercício profissional das tecnologias da saúde. Apresentado no "1.º Encontro de Estudantes de Mestrado: Investigação sobre processos psicológicos", Universidade do Évora, Évora, Portugal.

ENHPS - EUROPEAN NETWORK OF HEALTH PROMOTING SCHOOLS (2006). *Developing a health-promoting school.* Disponível a partir de: URL: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/press_release/en/index1.html

Falk, J. (Ed.) (2001). *Free-choice science education: How we learn science outside of school.* New York: Teachers College Press.

Lewenstein, B. V. (2001). Who produces science information for the public? In J. H. Falk (Ed.), *Free-choice science education: How we learn science outside of school* (pp. 21-43). New York: Teachers College Press.

Martins, I. (2002). Literacia científica: dos mitos às propostas. In A. C. Coelho, A. F. Almeida, J. M. Carmo & M. N. Sousa (Eds.), *Educação em Ciência – VII Encontro Nacional* (pp. 2-10). Faro: Escola Superior de Educação, Universidade do Algarve.

Millar, R. & Osborne, J. (1998). *Beyond 2000: Science education for the future.* London: Kings College.

OMS (1978). *Declaração de Alma-Ata.* URSS: OMS.

Reis, P. (2006). Ciência e educação: que relação? *Interacções,* 3, 160-187. Disponível a partir de: URL: http://www.eses.pt/interaccoes

Reis, P., Rodrigues, S. & Santos, F. (2006). Concepções sobre os cientistas em alunos do 1.º ciclo do Ensino Básico: "Poções, máquinas, monstros, invenções e outras coisas malucas". *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciências*, 5(1), pp. 51-74.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998a). *The world health report: Trends toward better health.* Disponível a partir de: URL: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/press_release/en/index1.html

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998b). *The world health report: Looking forward to health.* Disponível a partir de: URL: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/executive_summary1/en/index.htl

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: O RASTREIO DO CANCRO DA MAMA

Alexandra Pereira[1], Anabela Pereira[2] & Vítor Rodrigues[3]

Resumo

O nosso estudo teve como objectivo analisar quais os comportamentos de saúde que estavam associados à participação no rastreio do cancro da mama.

A nossa amostra foi constituída por 350 mulheres que realizaram o rastreio do cancro da mama da Liga Portuguesa Contra o Cancro (núcleo de Coimbra). Como instrumentos de avaliação utilizamos um questionário sociodemográfico, a Escala de Susceptibilidade, benefícios e barreiras do rastreio mamográfico (versão portuguesa, Martins Pereira *et al.,* 2007) e o Breast cancer worry scale (versão portuguesa, Martins Pereira *et al*., 2007).

Do estudo dos dados recolhidos podemos constatar que os comportamentos de saúde estão associados à história familiar de cancro da mama, ao estado civil e aos níveis etários. O rastreio do cancro da mama é percepcionado pelas mulheres como muito importante para a sua saúde, sendo contudo necessário desenvolver acções de formação neste domínio.

Palavras-chave

Comportamento; rastreio; cancro.

INTRODUÇÃO

A multiplicidade de formas como os indivíduos respondem aos sintomas físicos de uma doença constitui um dos fenómenos mais importantes a serem estudados no âmbito da saúde, uma vez que existem contrariedades nos comportamentos de saúde, se por um lado temos indivíduos que perante uma sintomatologia grave a ignoram, por outro lado temos indivíduos que perante uma pequena alteração física procuram a ajuda dos profissionais de saúde (Martins Pereira, 2008).

Face a uma actividade ou uma situação de avaliação ocorrem-nos variados pensamentos. Por um lado pretendemos compreender a nova informação e por outro surgem pensamentos avaliativos relacionados com fenómenos cognitivos - crenças.

Segundo Beck (1959) as crenças desenvolvem-se desde a infância, quer acerca do próprio indivíduo, quer acerca dos outros e da sociedade, como verdades absolutas que orientam o dia-a-dia de cada um dos indivíduos, quer na forma como pensam, agem e sentem perante uma determinada situação, determinando respostas comportamentais, emocionais e fisiológicas.

Ao implementarmos uma acção de promoção de saúde temos de ter em consideração a aceitação ou a rejeição do indivíduo, tendo como pressuposto de que o seu comportamento é determinado pelas suas crenças.

Ao abordarmos o cancro, como doença crónica, este assume uma dimensão especial, pelos mitos e crenças que criou, como pela insegurança, imprevisibilidade que cria no doente e na família, e pelo medo irracional. É vista como a doença mais temida da humanidade, uma vez que provoca um conjunto de reacções emocionais ao nível do doente, com repercussões imediatas na família e na sociedade (Pinto *et al*., 2007).

1. Universidade de Aveiro. **alexperei76@hotmail.com**
2. Universidade de Aveiro. **apereira@dce.ua.pt**
3. Universidade de Coimbra. **vrodrigues@netcabo.pt**

Os comportamentos relacionados com a saúde são na sua maioria, determinados pela representação que o indivíduo tem sobre a saúde e a doença.

O *Modelo de Auto-regulação de Leventhal* visa facilitar a compreensão dos factores que influenciam as percepções individuais às ameaças de doença, a relação entre essas percepções e a descrição dos sintomas de doença e de que forma as crenças individuais influenciam os comportamentos preventivos (Martins Pereira, 2008).

Apesar de este modelo não ser utilizado em comportamentos preventivos, ele faz a análise do impacto das mensagens de medo no comportamento preventivo.

O *Modelo de Crenças de Saúde* (MCS) desenvolvido por Rosenstock e este afirmava que a probabilidade de um indivíduo ter um comportamento saudável, dependia das suas crenças pessoais, acerca da ameaça percebida da doença e do risco/benefício de praticar uma acção.

Este modelo tenta explicar e predizer comportamentos de saúde baseados em atitudes e crenças individuais. O modelo prevê que a probabilidade de uma acção aumenta se a ameaça percebida da doença for elevada, e se os benefícios do comportamento vão compensar as barreiras (Horne *et al*., 1998).

O MCS está associado a comportamentos preventivos. No caso do rastreio do cancro, este prediz se um indivíduo para o qual é dirigido percebe a sua susceptibilidade a um determinado tipo de cancro, encarando-o como grave, e vendo no rastreio mais benefícios do que barreiras.

Estudos demonstram que este modelo prediz se uma mulher tem intenção de realizar uma mamografia; a mulher realiza mais rapidamente um rastreio se tiver percepção de susceptibilidade para desenvolver o cancro da mama, então ela percebe que é benéfico realizar a mamografia (Stein, 1992) e a percepção de barreiras e benefícios se correlacionam positivamente com a mudança de comportamento (Champion, 1999).

O rastreio do cancro da mama, através da mamografia, reduz os índices de mortalidade em cerca de 25% a 35% nas mulheres com 50 anos ou mais. A literatura sugere que é importante intervir com base nos pressupostos do MCS, nas variáveis susceptibilidade percebida, benefícios e barreiras, com o intuito de demonstrar a importância do rastreio do cancro da mama (Champion, 1999).

MÉTODO

Participantes

A amostra do nosso estudo é constituída por 350 mulheres que realizaram o rastreio do cancro da mama numa unidade móvel da Liga Portuguesa Contra o Cancro (Núcleo de Coimbra). As mulheres da amostra têm idades compreendidas entre os 44 e os 73 anos de idade.

Instrumentos

No nosso estudo utilizamos alguns instrumentos de avaliação.

Um **questionário sociodemográfico** que se subdividia em três partes:

- 1.ª Parte: Identificação sociodemográfica: idade; estado civil; profissão e número de filhos.
- 2.ª Parte: Identificação de comportamentos de saúde e história familiar de cancro da mama.
- 3.ª Parte: Percepção do rastreio do cancro da mama: avaliada em quatro questões,

às quais as participantes responderam numa escala tipo *Likert*.

Utilizamos o *Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening* (Champion, 1999 versão portuguesa, Martins Pereira *et al*, 2007). Este instrumento visa descrever as percepções de susceptibilidade, benefícios e barreiras do rastreio mamográfico. Esta escala é constituída por 15 questões de auto-preenchimento numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 – Discordo Plenamente; 5 – Concordo Plenamente). Os itens distribuem-se por 3 subescalas (Benefícios, susceptibilidade e barreiras), com valores de *alpha* de *cronbach* que variam entre .71 e .47 nas subescalas e .81 na escala total (Quadro 1).

Quadro 1. Escala de susceptibilidade, benefícios e barreiras da mamografia

Crenças de Saúde	Alpha de Cronbach	
	Versão Original	Versão Portuguesa
Escala Total	.87	.81
Subescala de Susceptibilidade	.93	.71
Subescala de Benefícios	.75	.83
Subescala de Barreiras	.88	.47

E o *Breast cancer worry scale* (Lerman, 1991 versão portuguesa Martins Pereira *et al*, 2007). Esta escala foi desenvolvida por Lerman e é constituída por quatro itens (Quadro 2), em que um mede a frequência de preocupação em ter cancro da mama um dia; dois itens medem o impacto da preocupação no humor e na realização das actividades diárias; e um item sobre a preocupação com o resultado da mamografia.

Quadro 2. Escala de preocupação com o cancro da mama

Itens	Alpha de Cronbach
A preocupação de poder vir a ter cancro da mama afecta o meu humor.	.87
A preocupação de poder vir a ter cancro da mama afecta a realização das minhas actividades diárias.	.84
Fico muito preocupada com o facto de um dia poder vir a ter cancro da mama.	.78
Fico muito ansiosa com o possível resultado da mamografia	.65

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A nossa amostra é constituída por 350 mulheres que efectuaram o rastreio do cancro da mama, numa Unidade Móvel da Liga Portuguesa Contra o Cancro (Núcleo de Coimbra), com idades compreendidas entre os 44 e os 73 anos de idade. A maioria das mulheres (73,4%) é casada e com filhos.

Quanto à avaliação da percepção de susceptibilidade e benefícios do rastreio mamográfico constatamos que a diferença observada é significativa para a Subescala de Benefícios (SBN) ($F= 3,15$: $p\leq 0,02$) e altamente significativa para a Subescala de Susceptibilidade (SS) ($F= 6,52$; $p\leq 0,000$). Com estes resultados podemos dizer que existem diferenças significativas entre o estado civil e a percepção de benefícios e susceptibilidade do rastreio mamográfico (Quadro 3).

Quadro 3. Médias e Desvio Padrão - variável estado civil

	SS		SBN	
Estado Civil	Média	DP	Média	DP
Casada	2,84	.88	2,62	.91
Solteira	3,31	.63	3,11	.76
Viúva	3,18	.70	2,56	.92
Divorciada	3,36	.69	2,92	.85

Da análise dos resultados podemos ainda dizer que o grupo etário que apresenta níveis de preocupação maiores em desenvolver cancro da mama é o grupo dos 51aos 60 anos de idade (Quadro 4).

Quadro 4. Médias e Desvios padrão – variável níveis etários

Níveis etários	Média	DP
Dos 40 aos 50 anos	2,29	.80
Dos 51 aos 60 anos	2,56	.83
Dos 61 aos 70 anos	2,42	.95
Mais de 71	1,50	-

Podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis etários e os níveis de preocupação em ter cancro da mama ($F= 2,53$: $p\leq 0,05$).

Comportamentos de Saúde

Relativamente aos comportamentos de saúde podemos dizer que 59,1% das mulheres recorre aos serviços de saúde.

No quadro 5 constatamos que a percepção de susceptibilidade, benefícios e barreiras é mais elevada nas mulheres que recorrem aos serviços de saúde por doença.

Quadro 5. Médias e Desvios Padrão – variável frequência aos serviços de saúde

	SS		SBN		SBR	
Frequência aos serviços de saúde	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Rotina	2,85	.86	2,60	.92	1,57	.59
Doença	3,17	.86	2,91	.81	1,77	.67
Urgência	2,95	.72	2,52	.99	1,39	.43
Não Recorre	2,97	.90	2,50	.84	1,45	.48

Neste sentido as diferenças encontradas também são significativas para a Subescala de Susceptibilidade ($F= 2,12$; $p\leq 0,03$), e para a Subescala de Benefícios ($F= 3,17$; $p\leq 0,02$). A Subescala de Barreiras (SBR) apresenta diferenças altamente significativas ($F= 4,37$; $p\leq 0,005$).

No quadro 3 verificamos que as mulheres que efectuaram o rastreio pela primeira apresentavam valores mais elevados de benefícios e de barreiras da mamografia, enquanto as que já o efectuam regularmente apresentam níveis de percepção mais reduzidos,

nomeadamente as que já o efectuaram mais de 5 vezes já não o percepcionam tanto como um benefício. Enquanto as que o realizaram entre 2 a 5 vezes são as que apresentam valores mais baixos de percepção de barreiras.

Quadro 6. Medias e Desvios Padrão – variável frequência ao rastreio

	SBN		SBR	
Frequência ao rastreio	Média	DP	Média	DP
1.ª Vez	2,83	.87	1,77	.69
Entre 2 e 5 vezes	2,63	.90	1,53	.56
Mais de 6 vezes	2,20	1,07	1,58	.60

A SS apresenta valores estatisticamente significativos (F= 3,15; p< 0,04), enquanto a SBR apresenta valores altamente significativos (F= 5,33; p< 0,005).

História familiar de cancro da mama (HFCM)

Relativamente à HFCM verificámos que apenas 21,7% das mulheres apresenta HFCM, sendo que estes valores se referem a um grau de parentesco directo (mãe, irmã, avó).

Da avaliação de preocupação em ter cancro da mama verificamos que as mulheres com HFCM apresentam valores preocupação superiores do que as que não apresentam.

Quadro 7. Médias e Desvios Padrão – variável HFCM

HFCM	Média	DP
Com HFCM	2,70	.85
Sem HFCM	2,37	.85

Neste sentido encontramos diferenças altamente significativas entre os níveis de preocupação com o cancro da mama e a história familiar de cancro da mama (HFCM) (t= 2,91; p<0,004).

Percepções individuais

Relativamente à avaliação do nível de stresse antes e depois do programa verificamos que as mulheres apresentavam níveis de stresse mais elevados antes do rastreio (Quadro 8).

Quadro 8. Médias e Desvios padrão – variável stresse

	Média	DP
Stresse antes do rastreio	2,11	1,08
Stresse depois do rastreio	1,70	.838

Perante valores de stresse mais altos antes do rastreio, convém averiguar se estes são ou não significativos. Após a realização do teste de *t* de *student* emparelhado, verificamos que existem diferenças altamente significativas (t= 11,196; p= .000).

O mesmo se verificou quanto à variável medo antes e depois de realizar a mamografia. As mulheres também apresentavam níveis superiores de medo antes de efectuarem a mamografia (Quadro 9).

Quadro 9. Médias e Desvios padrão – variável medo

	Média	DP
Medo antes da mamografia	1,64	.922
Medo depois da mamografia	1,41	.751

Como podemos verificar os níveis de medo face à mamografia variam na razão inversa à realização do rastreio, apresentando diferenças estatisticamente significativas (t= 7,06; p= .000)

Discussão

Tendo em consideração os resultados do nosso estudo podemos dizer que o Modelo de Crenças de Saúde representa um factor a ter em consideração na participação em programas de rastreio do cancro da mama (Horne et al., 1998; Taylor, 1999; Martins Pereira 2008), nomeadamente factores como a susceptibilidade, benefícios e barreiras percebidas. Em particular a percepção de susceptibilidade e benefícios tendo em consideração o estado civil das mulheres da amostra.

A susceptibilidade percebida correlacionou-se com os comportamentos de saúde (Sheeram *et al*. 1996), uma vez que verificamos que há uma preocupação em recorrer aos serviços de saúde, embora não seja de forma rotineira, mas em caso de doença ou urgência, havendo uma diferença estatisticamente significativa neste item.

No nosso estudo podemos constatar que as mulheres possuem um conhecimento escasso sobre o risco de desenvolver cancro da mama.

Os níveis de preocupação em ter cancro da mama são mais evidentes em mulheres em idade rastreável e em mulheres com HFCM.

Os comportamentos de adesão a este tipo de programas parecem ser influenciados pela HFCM, pelo estado civil, e pelos níveis etários, assim sugerimos atenção em abordagens com estes grupos, assim como a necessidade de verificar estes resultados em próximos trabalhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Champion, V. (1999). Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing & Health* 22, 341–348.

Lerman, C., Trock, B., Rimer, B., Jepson, C., Brody, D. &Boyce, A. (1991). Psychologcal side effects of breast cancer screening. *Health Psychology*. 10, 259-267.

Martins Pereira, A., Pereira, A. & Rodrigues, V. (2008). Escala de suscpetibilidade, benefícios e barreiras do rastreio mamográfico: Estudo exploratório. Poster a apresentar na XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos, Braga.

Martins Pereira, A. (2008). Promoção e comportamentos de saúde: Intervenção diagnostica no cancro da mama. Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. (2007). Sobrevivente de cancro: Uma outra realidade. *Enfermagem*, 16(1), 142-148.

Sheeran, P., Conner, M., & Norman, P. (2001). Can the theory of planned behaviour explain patterns of health behaviour change? *Health Psychology, 20* (1), 12-19.

Stein, A., Fox., A. & Murata, J. (1992). Mammography usage and the health belief model. *Health Education*, 19, 447-462.

Taylor, (1999). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM ADOLESCENTES DAS ESCOLAS DO 2.º E 3.º CICLOS DO CONCELHO DE SEIA

Ana Margarida Jerónimo[1] & Maria Luísa Branco[2]

Resumo

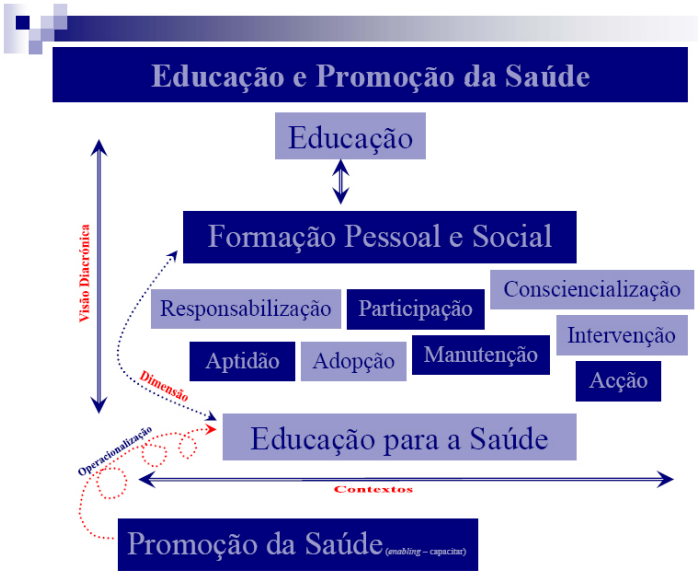
Considerando que o período da adolescência corresponde a uma fase do desenvolvimento crucial, reflectindo-se os comportamentos adoptados no estilo de vida adulto, o presente trabalho tem por objectivo caracterizar os comportamentos de saúde dos adolescentes a frequentar escolas do 2.º e 3.º ciclos do concelho de Seia. Os resultados mostram que os adolescentes apresentam comportamentos relativamente saudáveis que vão decrescendo com o ano de escolaridade, revelando, ainda, um certo desconhecimento acerca do significado da saúde. A partir daqui é possível concluir que a escola actual falha na implementação de práticas de educação para a saúde eficazes, exigindo a concretização destas o potenciar das sinergias entre os vários contextos educativos.

Palavras-chave

Educação/promoção da saúde; estilos de vida; conceito de saúde; doença.

INTRODUÇÃO

Figura 1. Conceito de Educação e Promoção da Saúde.

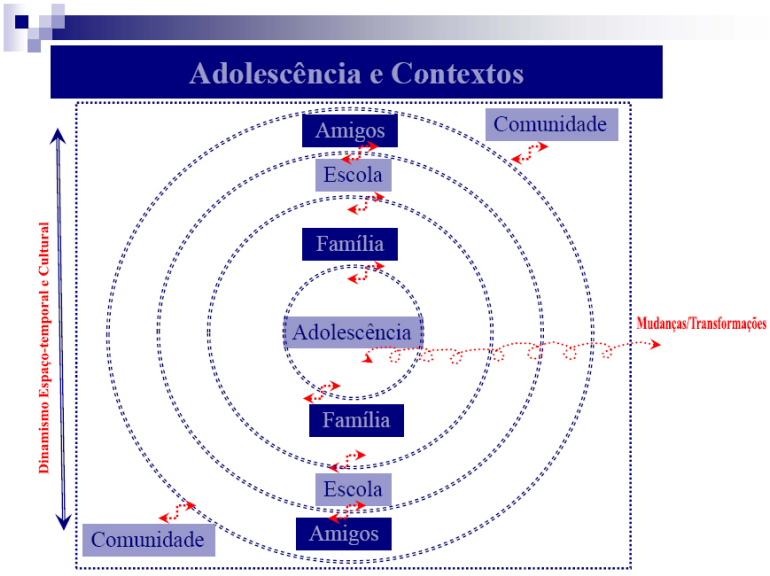


O conceito de promoção da saúde é um conceito mais lato que o da educação para a saúde, envolvendo a criação de ambientes encorajadores da saúde e de comportamentos de promoção da saúde, assim como políticas de saúde adequadas. Actua por aumento

1. Universidade da Beira Interior. **guilaranjo@gmail.com**
2. Universidade da Beira Interior. **branco.luisa@gmail.com**

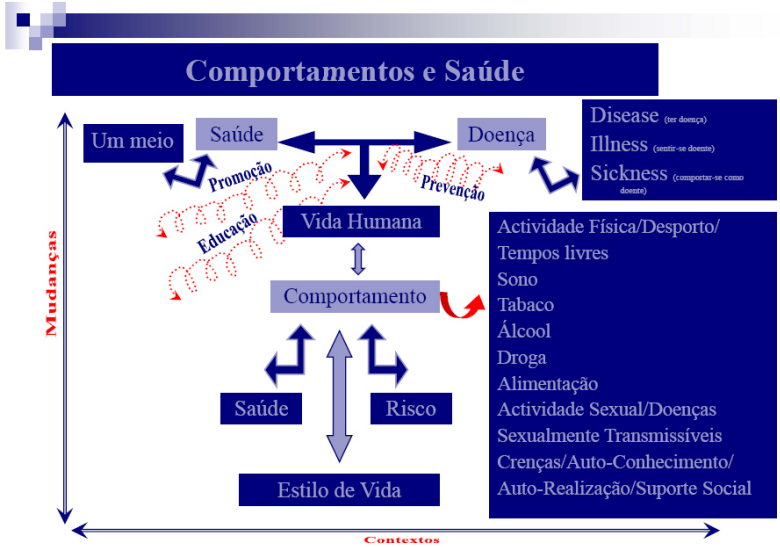
dos recursos e da consciencialização/responsabilização/participação individuais e fortalecimento da acção comunitária (Ewles e Simmet, 2003).

Figura 2. Adolescência e Contextos.



Na medida em que muitos dos comportamentos relacionados com a saúde são adquiridos na adolescência, torna-se especialmente importante a implementação de acções de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, nesta fase de vida dos indivíduos, envolvendo os vários contextos em que esta se processa (Power, DuPaul, Shapiro e Kazak, 2003; Carrilo, Quilles, Sebástian, 2003; Castells e Silber, 2003).

Figura 3. Comportamentos e Saúde.



Saúde e doença não são condições estáveis, mas estão sujeitas a constante evolução e mudança. O conceito de saúde é um conceito multidimensional, indissociável da vida e do sentido de responsabilização. Os comportamentos de saúde desempenham um papel cada vez mais preponderante na saúde e na doença, sendo muitas doenças evitáveis pelo estilo de vida adoptado pelos indivíduos (Becoña, 1999; Bennett, 2002; Biglan, Brennan, Foster, Holder, 2004; Scholly, Katz, Gascoigne, Holck, 2005).

METODOLOGIA

Estudo descritivo

N = 1328 Alunos

Idades = 10-19 (M= 12,96; DP= 1.830; Md= 14)

Sexo = Feminino (48%); Masculino (52%)

Ciclo de Ensino = 3.º Ciclo (59%); 2.º Ciclo (41%)

Ano de Escolaridade = 9.º ano (17%); 8.º ano (21%);

7.º ano (21%); 6.º ano (20%); 5.º ano (21%)

Questionário de Avaliação de Comportamentos de Saúde (Jerónimo, 2005)

Hipóteses

- Há uma diferença entre os comportamentos de saúde por ano de escolaridade.
- Há uma diferença entre os comportamentos de saúde por sexo.
- Há uma diferença entre o conceito de saúde por ano de escolaridade.
- Há uma diferença entre o conceito de saúde por sexo.
- Há uma diferença entre as preocupações com a saúde por ano de escolaridade.
- Há uma diferença entre as preocupações com a saúde por sexo.
- Há uma diferença entre os recursos escolhidos para retirar dúvidas por ano de escolaridade.
- Há uma diferença entre os recursos escolhidos para retirar dúvidas por sexo.

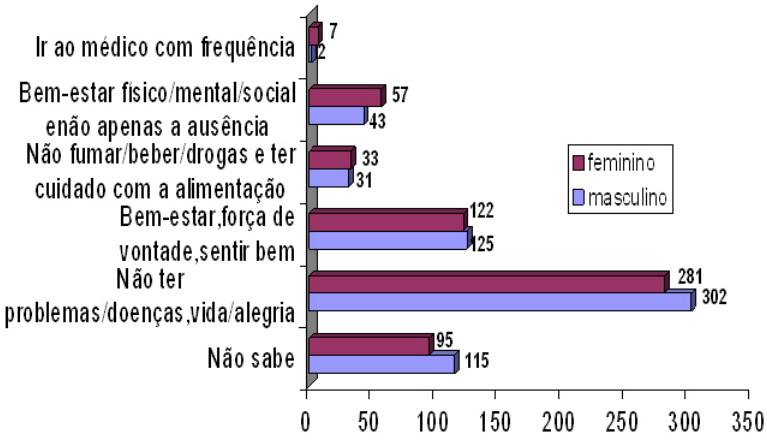
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Estilos de Vida, Saúde e Recursos

A maior parte dos inquiridos (49%) considera que ter saúde é *não ter problemas ou doenças, é ter vida e alegria*. 20% refere que saúde é *bem-estar, é ter força de vontade e sentir-se bem*, enquanto 17% *não sabe definir saúde*. Dos inquiridos apenas 8% fazem referência a saúde como *o bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*. Verificamos também que 5% dos adolescentes considera que saúde *é não beber, fumar, não consumir drogas e ter cuidado com a alimentação* enquanto 1% definem saúde *como ir ao médico com frequência*.

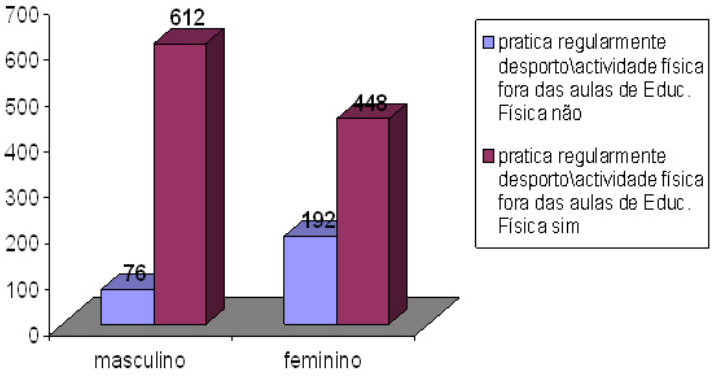
Comparando as definições de saúde por sexo, verificamos, através do Gráfico 1, que a resposta "ir ao médico com frequência" é superior para o sexo feminino, sendo inferior a resposta "não sabe". No entanto, não são diferenças significativas, uma vez que o valor de prova é de 0,216 (21,6%), superior ao valor de referência de 5%, pelo que se aceita a hipótese nula, ou seja, não existe uma relação entre a definição de saúde e o sexo.

Gráfico 1. Definições de Saúde por Sexo.



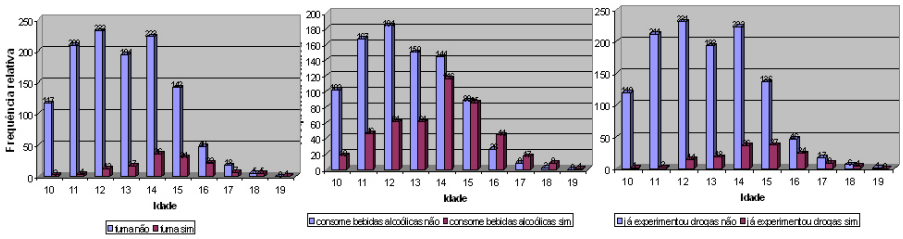
No que diz respeito à relação entre a prática de desporto/actividade física extra escola e o sexo, como ilustra o Gráfico 2, verificamos que os adolescentes praticam mais frequentemente desporto/actividade física extra escola do que as adolescentes. Dado que o valor de prova é de 0,000 (0,0%), inferior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese alternativa, ou seja, existe uma relação entre prática de desporto/actividade física fora das aulas e o sexo, sendo a percentagem de prática superior para o sexo masculino.

Gráfico 2. Prática de Desporto/Actividade Física Extra Escola por Sexo.



Hábitos de Consumo

Figura 3. Distribuição do Consumo de Tabaco, Álcool e Drogas por Idade.

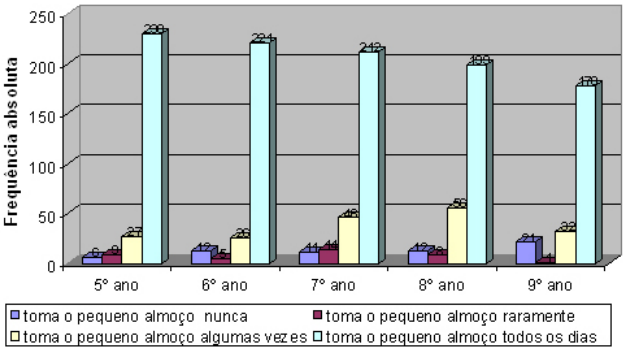


Analisando este conjunto de gráficos que compõem a Figura 4 verificamos que existe

uma relação entre os três consumos e a idade, uma vez que todos os consumos aumentam com a idade, sendo as diferenças observadas na população estatisticamente significativas, para todos os consumos, uma vez que o valor de prova é sempre de 0,000 (0,0%), inferior ao valor de referência de 5%, pelo que se aceita a hipótese alternativa, ou seja, existe uma relação entre os três consumos e a idade.

Hábitos Alimentares

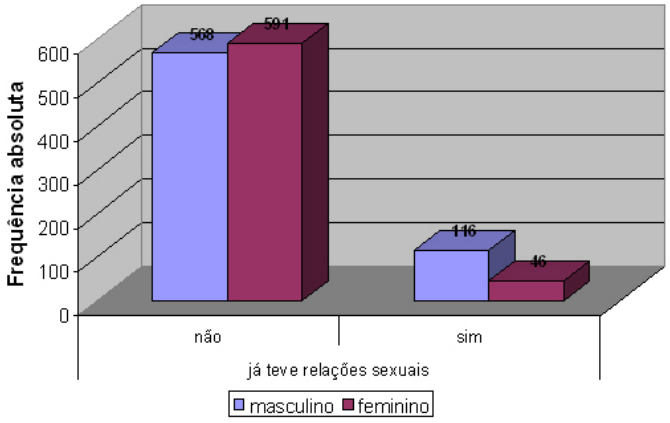
Gráfico 3. Frequência na toma de Pequeno-almoço por Ano de Escolaridade.



No que diz respeito à relação entre a toma do pequeno-almoço e o ano de escolaridade, concluímos que a percentagem dos que tomam o pequeno-almoço todos os dias diminui no 3.º ciclo, aumentando a percentagem dos que tomam o pequeno-almoço algumas vezes (Gráfico 3). As diferenças observadas na população são estatisticamente significativas, uma vez que o valor de prova é de 0,000 (0,0%), inferior ao valor de referência de 5%, aceitando-se a hipótese alternativa, ou seja, a existência de uma relação entre a toma do pequeno-almoço e o ano de escolaridade.

Comportamentos Relacionais

Gráfico 4. Existência da Prática de Relações Sexuais por Sexo.



No que concerne à existência de relação entre prática de relações sexuais e sexo (Gráfico 4), é superior a percentagem dos indivíduos do sexo masculino que já tiveram relações sexuais. As diferenças observadas na população são estatisticamente significativas, uma vez que o valor de prova é de 0,000 (0,0%), inferior ao valor de referência de 5%, pelo que se aceita a hipótese alternativa, ou seja, a existência de uma relação entre relações sexuais e o sexo.

CONCLUSÕES

• A definição de saúde apresentada pela maioria dos adolescentes inquiridos está associada à ausência de doença e não a uma compreensão mais lata da saúde entendida enquanto condição essencial, que deve ser fomentada, para uma vida de qualidade;

• Os comportamentos de saúde variam em termos de ano de escolaridade, bem como em termos de sexo;

• As adolescentes estão mais despertas para a adopção de novos comportamentos no sentido de melhorar a sua saúde;

• Os adolescentes com maior escolaridade consideram insuficiente a formação e a publicidade com vista à melhoria da sua saúde;

• Com a progressão na escolaridade os adolescentes reduzem a prática desportiva e procuram outros interesses;

• A maioria dos adolescentes não apresenta doenças crónicas, contudo em idades mais baixas parece aumentar a prevalência destas;

• A maioria dos adolescentes toma o pequeno-almoço, contudo o aumento da escolaridade faz diminuir este comportamento;

• Verifica-se um consumo significativo de álcool por parte dos adolescentes, sendo consumidas todo o tipo de bebidas alcoólicas;

• A idade mais usual para iniciação da actividade sexual é 14 anos. Com o aumento da escolaridade aumenta a actividade sexual;

• Com o aumento da escolaridade verifica-se um aumento no conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis;

• A escola actual não parece conseguir implementar práticas de Educação para a Saúde eficazes e capazes de alterar comportamentos de risco por parte dos adolescentes;

• É importante o potenciar da existência de sinergias entre adolescentes, família, escola, amigos e comunidade. Só assim se contribui para a Formação Pessoal e Social, em especial no que concerne à escolha de estilos de vida saudáveis.

• Temos que abandonar a ideia enraizada de que se deve intervir só contra o existente e ocorrente.

• Só com uma educação para a saúde, adaptada à criatividade e dinâmica original do adolescente, se poderão modificar comportamentos e promover estilos de vida de base salutogénica sólida.

• A formação para a saúde tem de ser adequada aos adolescentes e, simultaneamente envolvê-los;

• Entre as medidas importantes a fomentar destacamos: A elaboração e construção de material pedagógico capaz de encorajar a identificação autónoma, implicando o reconhecimento de necessidades e meios pelos próprios adolescentes; e o facultar de uma publicidade indutora da adopção de comportamentos de saúde.

REFERÊNCIAS

Becoña, E. I. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas.

Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Biglan, A., Brennan, P. A., Foster, S. L. e Holder, H. D. (2004). *Helping adolescents at risk: Prevention of multiple problem behaviors*. New York: Guilford Press.

Carrilo, F. X. M., Quiles, J. M. O., e Sebastián, M. J. Q. (2003). *Manual de psicologia de la salud com niños, adolescentes y familia*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Castells, P., e Silber, T. J. (2003). *Guia práctica de la salud y psicologia del adolescente* . Barcelona: Editorial Planeta.

Power, T. J., DuPaul, G. J., Shapiro, E. S., e Kasak, A. E.(2003). *Promoting children's health: Integrating school, family and community*. New York: Guilford Press.

Scholly, K., Katz, A. R., Gascoigne, J., e Holck, P. S. (2005). Using social norms theory to explain perceptions and sexual health behaviors of undergraduate college students: An exploratory study. *Journal of American College Health*, 53, (4), 159 – 166

CONSTRUÇÃO DO QEVES - QUESTIONÁRIO DE ESTILOS DE VIDA NO ENSINO SUPERIOR

Sónia F. Carvalho[1] & José P. Cruz[2]

Resumo

O presente estudo faz referência aos procedimentos e resultados psicométricos obtidos no âmbito da construção de uma escala de avaliação dos Estilos de Vida dos estudantes do Ensino Superior (QEVES). Obteve-se um *Questionário de Estilos de Vida no Ensino Superior*, com características psicométricas satisfatórias, constituído na sua versão final por 36 itens que pretendem avaliar comportamentos de saúde e de risco[3] em jovens adultos a frequentar o Ensino Superior, compreendendo questões relativas aos quatro aspectos tradicionais dos estilos de vida (consumos de drogas lícitas e ilícitas, alimentação, exercício físico), mas também abrangendo outros domínios (comportamentos sexuais, hábitos de sono, hábitos de estudo, relacionamento interpessoal, comportamentos de segurança e auto-cuidado em saúde).

Palavras-chave

Ensino Superior; estilos de vida; saúde.

O estudo dos comportamentos de risco e dos promotores da saúde, e os processos de afirmação de hábitos saudáveis e de extinção de comportamentos de risco, constituem um dos principais contributos da Psicologia da Saúde no âmbito da prevenção e da promoção da saúde (Martín, 1998; citado por Pacheco, 2005).

É a partir da 2.ª Guerra Mundial, que as investigações sobre os hábitos de saúde ganham maior relevância com a publicação do estudo de Moris, Heady, Raffe, Roberts e Parks (citados por Pais-Ribeiro, 2004) sobre a relação entre a falta de actividade física no trabalho e a doença coronária e, mais tarde, com a publicação do relatório de Lalonde, em 1974.

Desde então que os estudos desenvolvidos demonstram a relação existente entre comportamentos de saúde e os estados de saúde e facilitaram o desenvolvimento e aprofundamento do conceito de *Estilo de Vida*, de *Wellness* ou equivalente enquanto componente essencial na promoção da saúde e prevenção das doenças.

A definição de Estilo de Vida tem evoluído ao longo dos anos, e ainda que alguns autores como Finotti (2004) e mais tarde Pacheco (2005) concordem em referir a pouca produção bibliográfica sobre este assunto, pelo menos de forma específica e sistematizada, tem-se verificado nos últimos anos um aumento do interesse e dedicação científica ao tema.

Inicialmente surgindo como tema de investigação em Sociologia e mais tarde no campo da Psicologia, os estilos de vida, são definidos por Sobel (1981) como um distintivo, ainda que reconhecível, modo de vida.

1. Instituto Politécnico de Beja. **sonia.carvalho@sas.ipbeja.pt**
2. Universidade do Algarve. **jcruz@ualg.pt**
3. O QEVES propondo-se avaliar o comportamento e atitudes dos indivíduos em áreas que a investigação tem demonstrado estarem associadas à saúde, é por excelência um instrumento de avaliação dos comportamentos de saúde e de risco.

Em 1974, Lalonde, definiu este constructo como o conjunto de decisões individuais que afectam a vida do sujeito e sobre as quais tem algum controlo. Da mesma forma, Hettler (1982) considera o estilo de vida como processo activo através do qual o indivíduo se torna consciente e faz escolhas que conduzam a uma melhor existência, ou como um método integrado de acção visando maximizar as potencialidades do indivíduo no meio ambiente com que interage. A esta perspectiva individualista centrada no comportamento do indivíduo tomam lugar outras definições, mais complexas, que abordam os estilos de vida como um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores (OMS, 1988). Os estilos de vida estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas associadas a aspectos culturais, sociais e económicos (OMS, 1986). Não há um mas sim vários estilos de vida "saudáveis", e a variedade estabelece-se em função do grupo onde o indivíduo está inserido e das suas próprias características pessoais, ou como diria Kotler (1997; citado por Finotti, 2004) é um retrato da pessoa por inteiro interagindo com o seu ambiente.

Dias et al. (2003; citados por Finotti, 2004) referem que o estilo de vida é o factor que identifica a maneira como a pessoa vive, qual é o seu traço pessoal no agir, na prática das actividades e no comportamento em geral. O estilo de vida reflecte o que as pessoas pensam de si mesmas e o que valorizam. Neste sentido, os estilos de vida são o resultado da multidimensionalidade dos indivíduos (Backett & Davison, 1995), sendo influenciados por diversos factores, como as opções disponíveis, as escolhas em função das normas pessoais, o auto-conceito, a personalidade, a qualidade de vida, entre outros.

Actualmente sabemos que uma grande percentagem de doenças, sobretudo as crónicas, resultam de comportamentos inadequados para a saúde (Bennett, 2002; Doll & Peto, 1981; Ogden, 1999), que as pessoas desempenham, em certa medida voluntariamente, ao longo da vida, e que o uso de drogas, a actividade sexual de alto risco e outros comportamentos potencialmente prejudiciais são importantes mediadores de processos de doença (Baum & Posluszny, 1999).

McQueen (1987, citado por Bennett & Murphy, 1999) refere inclusivamente quatro comportamentos que estão particularmente associados à doença – os "chamados quatro sagrados" – considerados como o abuso de tabaco, de álcool, a má nutrição e a falta de exercício físico.

Numa revisão de estudos realizada por Odgen (1996) foi examinada a relação entre os comportamentos de saúde e o estado de saúde, tendo sido possível verificar uma relação entre a prática de alguns comportamentos de saúde e um baixo nível de mortalidade, e consequente aumento de tempo de vida. Os comportamentos identificados incluíam tomar o pequeno-almoço todos os dias; comer raramente entre as refeições; ter ou estar próximo do peso recomendado; não fumar; não consumir álcool ou consumir moderadamente; e praticar actividade física regularmente.

Um outro estudo, desta vez longitudinal, desenvolvido por Belloc e Breslow, em 1972 (citado por Matarazzo & Leckliter, 1988), identificou sete comportamentos altamente correlacionados com a saúde física e bem-estar do indivíduo: (1) sete ou oito horas diárias de sono; (2) tomar pequeno-almoço quase todos os dias; (3) nunca ou raramente comer entre as refeições; (4) dentro, ou próximo, do peso ajustado à altura; (5) nunca ter fumado cigarros; (6) consumo moderado ou ausência de consumo de álcool; (7) exercício físico regular. Ficou ainda demonstrado que, quanto menos destas rotinas positivas o indivíduo seguisse no ano de início do estudo, maior era o risco de vir a morrer nos quatro anos seguintes e, a prática diária dos sete aspectos referidos diminuía o risco de morte em quatro vezes, para os homens e, mais do dobro, para as mulheres.

Numa outra revisão de estudos realizada por Conner e Norman (1996) salienta-se

o consumo de tabaco, o consumo de álcool, o não praticar actividade física, e uma má alimentação, como alguns dos percursores das doenças cardiovasculares e do cancro, que se constituem como a principal causa de morte nos países ocidentais.

Isto é particularmente evidente quando se pensa nas principais causas de doença e incapacidade previstas para os próximos 25 anos (Murray & Lopes, 1997; citado por Teixeira et al., 2002) - doença isquémica do coração, acidentes de viação, doenças cerebrovasculares, doença pulmonar obstrutiva crónica, tuberculose e infecção pelo VIH.

Os dados de pesquisas epidemiológicas também têm chamado a atenção para a importância de hábitos e para o estilo de vida (Pais-Ribeiro, 1998). Inclusivamente, algumas estimativas de causas de morte apontam que cerca de metade das mortes prematuras podem ser devidas a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida, 20% a factores ambientais, 20% à biologia humana e 10% a cuidados de saúde inadequados (Pais-Ribeiro, 1998; Richmond, 1979). Soares (2005; citado por Pacheco, 2005) referindo números do Instituto Nacional de Estatística, assegurou que a primeira grande causa de morte em Portugal são as doenças cardiovasculares (39%), afirmando que estas doenças, são em grande medida, provocadas pelo estilo de vida.

Mas os estilos de vida são tão importantes para prevenir doenças como para lidar com elas. Sendo assim, a importância dos estilos de vida também se encontra reflectida nas doenças crónicas, como é o caso da diabetes e das doenças cardiovasculares, uma vez que intervindo nos estilos de vida destes pacientes, nomeadamente no regime alimentar (reduzindo a gordura) e no exercício físico (tornando-o regular) (Clark, Hampson, Avery & Simpson, 2004; Elderen & Dusseldorp, 2001) estamos a contribuir para a saúde e qualidade de vida destes indivíduos.

Ainda que os estilos de vida tenham um grande impacto na saúde dos indivíduos, a sua influência não se resume à saúde física mas abarca também o Bem-Estar Subjectivo (BES).

Larson (1978; citado por Gonzalez e Pais-Ribeiro, 2004) afirma que a saúde tem uma grande influência no BES. Dzuka e Dalbert (2006) e Jesus (2006) confirmam esta asserção e sugerem que os estilos de vida têm impacto no BES, ainda que de forma indirecta, na medida em que ao contribuírem para a saúde física estão a contribuir para o BES.

Uma investigação recente, levada a cabo com estudantes da Universidade do Algarve (Ribeiro & Cruz, 2008), permitiu concluir que os estilos de vida desempenham um papel relevante na explicação do BES, na medida em que revelam poder preditivo face à satisfação com a vida, aos afectos positivos e afectos negativos, o que significa dizer que a prática de um estilo de vida saudável aumenta os níveis de BES.

A investigação tem demonstrado que desde muito cedo, as crianças conseguem aprender padrões comportamentais associados, quer à saúde, quer às doenças e torna evidente que muitos dos comportamentos relevantes para a saúde são iniciados na adolescência, como a actividade sexual, as escolhas alimentares, a escolha de exercício físico, o consumo de tóxicos e a condução de veículos. E são tais comportamentos que mais contribuem para a mortalidade e morbilidade nesta fase do desenvolvimento (Parcel, Muraskin & Endert, 1988; citados por Silva & Afonso de Deus, 2005).

Por outro lado, considera-se que os estilos de vida na idade adulta são em larga escala o produto do desenvolvimento durante a adolescência (Jessor, 1982, citado por Wold, 1993), e ainda que para autores como Pais-Ribeiro (1998) os padrões comportamentais relacionados com a saúde sejam de facto aprendidos muito cedo, a verdade é que se encontram profundamente associados à cultura, mudando devido a factores ligados ao desenvolvimento humano e à pressão cultural associada à idade.

Apesar desta evidência, vários têm sido os estudos desenvolvidos sobre os estilos de vida nos adolescentes mas pouca tem sido a investigação direccionada para os jovens adultos.

O processo de transição da adolescência para a vida adulta é não raras vezes pautado pela transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior, transição essa que acarreta como sabemos enormes desafios e fragilidades. Convém, pois analisar como os estilos de vida se desenvolvem e modificam com a entrada para o Ensino Superior, tomando em consideração as influências oriundas dos principais contextos onde decorre o desenvolvimento destes jovens adultos, nomeadamente a instituição de Ensino Superior, a família e o grupo de pares.

A integração no ensino superior apresenta uma multiplicidade de novos desafios e problemáticas aos jovens estudantes, que nem sempre se encontram preparados para os ultrapassar com êxito. Associado a uma fase desenvolvimental de ainda construção da personalidade e da autonomia, estes jovens adultos deparam-se com novas responsabilidades pessoais, sociais e académicas. É também com a entrada no ensino superior que se verifica, na maior parte dos casos, um desenraizamento da família e dos amigos que lhes proporcionaram até então, estruturas de apoio, das quais agora se afastam. Este afastamento proporciona uma maior liberdade na ocupação dos tempos livres, assim como a integração num novo grupo de amigos. É o tempo das novas descobertas, que se traduzem, por exemplo, na possibilidade de saídas nocturnas mais frequentes e mais prolongadas. O contacto com a vida nocturna e a tensão provocada pela necessidade de adaptação a um novo contexto leva a que muitos destes jovens tenham, nesta altura, a sua primeira experiência de consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas. De facto, ainda que o consumo de drogas ilícitas não constitua um fenómeno novo, a problemática do seu consumo no contexto do ensino superior tem sido pouco estudada.

Se bem que existem substância ilícitas consumidas regularmente no ensino superior, como é o caso da cannabis e do *ecstasy*, as drogas mais consumidas entre os estudantes são o álcool, especialmente durante as festas académicas, e o tabaco, verificando-se que os dois primeiros anos de frequência do curso, constituem, devido especialmente às tensões que derivam do processo de adaptação e à integração num novo grupo de amigos, um dos momentos mais determinantes para a iniciação tabágica. Prova do que acabámos de dizer são os resultados de investigações como o estudo de Precioso no final do ano lectivo de 2001/2002, com 388 alunos do 1.º ao 4.º ano da Universidade do Minho, que revelou que, embora a maioria dos estudantes tenha começado a fumar no ensino básico e secundário, uma percentagem elevada de estudantes (cerca de 30%) começou a fumar na universidade, e de um outro desenvolvido mais tarde na mesma Universidade (Precioso, 2004) que chama a atenção para a prevalência de consumo do tabaco nas raparigas (34%) ser comparativamente superior à prevalência do consumo do tabaco nos rapazes (18%).

Também Faria, Carvalho, Chamorro e Rocha (2004), desenvolveram um estudo que envolveu 1017 estudantes do Instituto Politécnico de Beja (415 homens e 602 mulheres), e cujos resultados mostram que apesar da maioria da amostra (50,3%) referir nunca ter fumado, 25,4% fuma diariamente, 10 cigarros por dia (12,2%) ou entre 10-20 cigarros por dia (13%). No que diz respeito às razões para começar a fumar, a maioria dos alunos referiu a curiosidade (20.3%), como forma de gerir o stresse (10%), ou como resultante da influência dos amigos (9.6%).

Relativamente ao álcool, uma ambiciosa investigação conduzida por Comas, Aguinaga, Orizo, Espinosa e Ochaita (2003), sobre os estilos de vida dos jovens espanhóis urbanos entre os 15 e os 24 anos de idade, revelou que, tal como acontecia com o tabaco, a percentagem de sujeitos que afirmam beber álcool aumenta à medida que aumenta a idade. Da mesma forma confirma-se que a percentagem de rapazes consumidores de

álcool é, de uma forma geral, superior do que a percentagem de raparigas. No entanto, importa referir que, quando o consumo é analisado tendo em conta o género e o dia da semana, as raparigas têm tendência a igualar ou mesmo suplantar os rapazes às sextas-feiras e aos sábados, para consumos moderados, o que significa que os jovens bebem fundamentalmente aos fins-de-semana, num contexto recreativo e que a prevalência do álcool nas raparigas está a aumentar, dados que são concordantes com resultados de outros estudos.

Ainda ao nível dos consumos, mas no que concerne às chamadas drogas ilícitas, uma investigação realizada por Galhardo, Marques e Cardoso (2004), desenvolvida com 518 indivíduos (182 rapazes e 336 raparigas) a frequentar cursos na Universidade e no Politécnico de Coimbra, revelou que dos 263 (49,2%) estudantes que já tinham tido contacto com drogas, 183 (35,3%) consumiam cannabis, 7 anfetaminas (1,4%), 32 (4,8%) *ecstasy*, 8 (1,6%) LSD, 21 (4,1%) consumiam cogumelos mágicos, 9 (1,8%) cocaína e 3 (0,6%) heroína. A média de idades no primeiro contacto com drogas ilícitas oscila entre os 16,55 anos (DP=2,20) e os 19,17 anos (DP=2,04). Os estudantes fazem sobretudo uso das drogas em casa de amigos (31,4%), na sua própria casa e na companhia de amigos (27,1%) e em festas (18,6%), o que supõe, de acordo com as autoras, a utilização destas substâncias em contextos de recreação. De facto, quanto às razões que poderiam levar estes estudantes a consumir drogas ilícitas, das treze opções de resposta, 39,7% afirmaram concordar muito com a opção "Para se divertir", o que está de acordo com o relatório do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT, 2003), que considera que a maioria das pessoas que consome substâncias psicoactivas em locais de diversão nocturna fá-lo por divertimento, existindo uma relação clara entre o consumo recreativo, a música e a vida nocturna.

Relativamente ao policonsumo, verifica-se que 57,1% dos inquiridos que respondeu consumir drogas ilícitas afirmou combinar estas drogas com álcool, enquanto os restantes (42,9%) consomem uma substância ilícita de cada vez.

Numa tentativa de avaliar a percepção de controlo que os estudantes que consomem consideram ter sobre o seu próprio consumo, as autoras verificaram que 90,4% dos estudantes que referiram consumir, quando confrontados com a natureza da sua relação com as substâncias, consideraram "Poder deixar de consumir quando quiser", enquanto que dos 73 estudantes que responderam, 4 (5,5%) "Pensa em deixar de consumir, mas adia a decisão" e apenas 3 (4,1%) "Já tentou deixar de consumir mas tem dificuldade em fazê-lo".

Naturalmente que abordar o consumo das drogas no Ensino Superior, seja ao nível dos consumos, da prevenção ou do tratamento, implica considerar factores específicos associados a este contexto. De acordo com Fuentes e Gómez (2005) o Ensino Superior favorece a independência e a espontaneidade, dos seus alunos, que, de uma forma geral, principalmente nos primeiros anos de frequência do curso, não estão preparados para actuar de forma saudável perante a questão das drogas. Por outro lado, consumos como o álcool e o tabaco assumem-se como já vimos, como parte integrante da vida académica que estão presentes nas principais celebrações académicas, e não só, de uma forma disseminada. Da mesma forma, também outras drogas como a *cannabis*, cocaína ou drogas sintéticas, como o *ecstasy*, são consumidas por estes alunos, ainda que com menos frequência e em grupos mais restritos. Para além de todas estas desvantagens, o currículo académico contínua a estar desenhado, em geral, para satisfazer necessidades académicas (teóricas e práticas), ainda que pareça começar a existir uma certa sensibilidade para a importância de se incluírem conteúdos sobre a educação e promoção para a saúde de uma forma geral, e sobre o fenómeno da droga em particular. De todas as formas, ainda são poucos os planos de estudo que contemplam esta temática, e os que o fazem centram-se em aspectos demasiado genéricos.

Quanto às relações que se estabelecem entre o consumo de substâncias e os comportamentos sexuais de risco, um outro estudo conduzido com população universitária, (Zuckerman & Kuhlman, 2000; citados por Gonzalez & Pais-Ribeiro, 2004) demonstrou que os comportamentos de consumo de álcool, tabaco, uso de droga e experiência sexual de risco estavam significativa e substancialmente intercorrelacionados entre si, em ambos os sexos, o que não foi considerado surpreendente, numa população universitária frequentadora de festas que envolvem muita bebida e/ou drogas, sendo também os locais em que os encontros sexuais se originam muitas vezes. Desta forma, os autores consideraram que os efeitos desinibidores do álcool e das drogas têm, provavelmente, um papel principal no envolvimento em comportamentos sexuais de risco. Por outro lado, o comportamento de jogo estava positivamente associado ao consumo de álcool e experiência sexual nos homens e, os hábitos de condução arriscada estavam positivamente associados apenas ao consumo de bebidas alcoólicas, em ambos os sexos, mostrando que esta pode ser função dos efeitos desinibidores do álcool.

Quanto à prática de actividade física, um outro estudo desenvolvido por Troyer, Ullrich, Yeater e Hopewell (1990; citados por Ángyán, Téczely, Mezey & Lelovics, 2003), teve como objectivo analisar os hábitos de actividade física e a condição física de alunos a frequentar o 2.º ano de medicina, uma vez que os autores consideraram que neste curso os estudantes possuíam conhecimentos sobre a importância da prática de exercício físico para a saúde. Os resultados mostraram, no entanto, a existência de um profundo antagonismo entre o nível de conhecimento sobre os benefícios da actividade física e a prática de actividade física, uma vez que mais de 50% dos alunos inquiridos não referiu praticar uma actividade física de forma significativa.

Relativamente à alimentação saudável, todos sabemos ser consensualmente reconhecida como um dos principais factores na prevenção da doença e na promoção da saúde. **Actualmente, as principais causas de morte no mundo, estão, de uma forma geral, associadas às doenças relacionadas com hábitos alimentares errados.**

Segundo a OMS (2002), as doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), tais como a doença cardiovascular, diabetes, cancro e doenças respiratórias são hoje as principais doenças que afectam a população mundial, sendo responsáveis por cerca de 60% da totalidade das mortes em todo o mundo. Esta situação actual reflecte uma alteração dramática dos hábitos alimentares e da actividade física em resultado da industrialização, urbanização, desenvolvimento económico e da globalização do mercado dos alimentos. Actualmente, outro dos problemas mais frequentemente relacionado com os estilos de vida é o excesso de peso. O excesso de peso severo ou obesidade é um factor de risco fundamental no desenvolvimento de muitas doenças crónicas como as doenças coronárias ou pulmonares, diabetes não insulino-dependente ou diabetes de tipo 2, hipertensão arterial e alguns tipos de cancro, assim como a morte prematura. Estudos científicos recentes, assim como dados das companhias de seguro de vida, indicam que os riscos para a saúde do excesso de gordura corporal estão associados a aumentos relativamente pequenos do peso corporal, e não apenas à obesidade caracterizada. Felizmente, tanto o excesso de peso como a obesidade são na sua grande maioria evitáveis por modificações adequadas do estilo de vida, especialmente ao nível da alimentação e prática de actividades físicas.

Estima-se que em Portugal existam cerca de 900 000 adultos obesos [índice de massa corporal (IMC = 30) enquanto o número de pessoas com excesso de peso (IMC = 25) ascende a quase metade da população (Pereira et al., 2000; citado por Pereira & Mateus, 2003). Ainda de acordo com estes autores, é provável que ao longo dos próximos anos o problema venha a agravar-se, com consequências assinaláveis para os serviços de saúde e para a sociedade portuguesa em geral, principalmente se não desenvolvermos programas de aconselhamento alimentar e prevenção da obesidade em crianças e jovens, uma vez que como comprovam estudos sobre a obesidade irreversível, como o estudo longitudinal

de Freedman e Khan (citados por APN, 2006), que concluiu que 77% das crianças e jovens obesos entre os 2 e os 17 anos de idade permaneceram obesos durante a idade adulta (18-37 anos), não combater a obesidade nas crianças e jovens é correr o sério risco de ter adultos obesos.

Em suma, importa dizer que a adopção de estilos de vida saudáveis é uma tarefa para toda a vida, tornando-se por este motivo importante intervir em várias áreas e momentos da vida dos indivíduos, sendo a frequência de um curso superior e de todos os aspectos a ele associados, como já vimos, um desses momentos fundamentais.

De igual forma, o estudo dos comportamentos associados à saúde e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para programas de intervenção nos indivíduos e nas comunidades, aspecto que justificou a realização do presente estudo que assumiu como principal objectivo a construção de uma escala com a finalidade de avaliar os Estilos de Vida nos estudantes que frequentam o Ensino Superior, pois embora seja do nosso conhecimento a existência de outros instrumentos construídos com o objectivo de avaliar os Estilos de Vida das populações, como por exemplo o QACS (Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde) de Pais-Ribeiro (2004), nenhum deles nos pareceu adaptado ao Ensino Superior.

METODOLOGIA

Participantes

Os participantes da presente investigação foram alunos do Instituto Politécnico de Beja e da Universidade do Algarve a frequentar cursos nas áreas de Engenharia, Ciências da Saúde, Ciências Sociais e Humanas e Ciências Biológicas. No total preencheram o questionário de forma válida 266 participantes, tendo existido um consentimento informado oral e dada a garantia de confidencialidade e anonimato. A média de idades é igual a 22 anos (M=21,59; DP=4,177; *mínimo*=18; *máximo*=44), tendo participando neste estudo 108 homens e 158 mulheres.

Material

Construído para preencher um vazio, o *Questionário de Estilos de Vida no Ensino Superior* (QEVES), na sua versão final é constituído por 36 itens que pretendem avaliar comportamentos de saúde e de risco[4] em jovens adultos a frequentar o Ensino Superior, compreendendo questões relativas aos quatro aspectos tradicionais dos estilos de vida (consumos de drogas lícitas e ilícitas, alimentação, exercício físico), mas também abrangendo outros domínios (comportamentos sexuais, hábitos de sono, gestão ocupacional, relacionamento interpessoal, comportamentos de segurança e auto-cuidado em saúde).

Trata-se de um instrumento unifactorial, de auto-resposta que utiliza uma *rating scale* de tipo-*likert* de 5 pontos (1=nunca; 2=raramente; 3=algumas vezes; 4=frequentemente e 5=sempre). A cotação faz-se através do somatório da pontuação em cada item. Os itens que se referem a estilos de vida não saudáveis são cotados de forma inversa, como é o caso dos itens 3, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 19, 26, e 32. Após o somatório de todos os itens obtém-se o valor total, que pode variar entre 36 e 180, sendo que quanto mais elevada for a pontuação mais saudáveis são os estilos de vida.

4. O QEVES propondo-se avaliar o comportamento e atitudes dos indivíduos em áreas que a investigação tem demonstrado estarem associadas à saúde, é por excelência um instrumento de avaliação dos comportamentos de saúde e de risco.

Procedimento

Recorreu-se ao programa SPSS, versão 14.0, para fazer a análise estatística, nomeadamente o estudo de homogeneidade dos itens, análise de diferenças entre os sexos e análise factorial.

RESULTADOS

No âmbito do procedimento de construção do QEVES foi considerada a literatura na área e as reflexões de psicólogos ligados aos serviços de apoio psicológico no Ensino Superior, decidindo acerca da dimensionalidade do domínio de análise (constructo e população-alvo) e da abrangência dos indicadores para o representar (conteúdo e número de itens).

O cuidado tido com a validade de conteúdo do questionário (Haynes, Richard & Kubany, 1995) englobou a forma de resposta e a sequência de apresentação dos itens, bem como a elaboração das instruções a fornecer aos estudantes.

Com vista a apurar o grau de compreensibilidade dos itens que compõem o questionário, ao nível da formulação, significado dos itens e escala utilizada, foi aplicada uma primeira versão do instrumento (com 70 itens) a um grupo de estudantes do Ensino Superior.

No estudo da homogeneidade dos itens, os autores defendem que estes devem *ser capazes de captar aspectos diversos do mesmo atributo*, isto é, deverão constituir um todo homogéneo (Streiner & Norman, 1989; p.44).

Neste sentido, o estudo da homogeneidade dos itens foi realizado através de:

Determinação do coeficiente de correlação de Pearson dos diferentes itens com a nota global (permite avaliar se cada item se define como um bom operante do constructo geral que pretende medir);

Determinação do Coeficiente Alpha (α) de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários itens (permite exprimir, enquanto medida da consistência global da escala, o valor referente a *todos os itens*, mas também se constitui como forma de tratamento *individual* de cada item);

Determinação da correlação "Par/Impar" (permite conhecer se uma das metades da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade) e do Coeficiente de Spearman-Brown (permite corrigir o valor da correlação "Par/Impar", uma vez que tratando-se de uma correlação entre duas versões mais pequenas da mesma escala a sua verdadeira fiabilidade fica subestimada);

Determinação da matriz de correlação dos diversos itens (permite avaliar a consistência global da escala e a existência de dimensões gerais subjacentes);

Comprovação de que a escala possui uma boa estabilidade temporal (permite avaliar se a escala está a medir um *traço* e não um *estado*).

Determinação do coeficiente de correlação de Pearson dos diferentes itens com a nota global

Iniciou-se a depuração do QEVES composto pelos 70 itens, pela análise da distribuição dos resultados dos itens (valores máximos e mínimos, média e variância) e das correlações item-total, tendo sido excluídos todos os itens que apresentavam correlações negativas com o total ($r \leq .20$), prejudicando desta forma a homogeneidade do instrumento quando estão presentes.

Optou-se ainda, tendo por base as sugestões dos estudantes relativas à formulação

dos itens e escala de medida utilizada, por excluir itens e alterar a forma de resposta de "totalmente em desacordo" (1) a "totalmente em acordo" (5) para uma *rating scale* de tipo-*likert* de 5 pontos que avalia a frequência, variando de "nunca" (1) a "sempre" (5). Como resultado final obteve-se um Questionário de Estilos de Vida no Ensino Superior, composto por 36 itens.

Determinação do Coeficiente Alpha (α) de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários itens

No caso presente, o α de Cronbach, para o conjunto dos itens é de 0,810 (Quadro 1), valor que confirma a boa consistência interna da escala (Hill & Hill, 2002; p.149), sendo que cada um dos 36 itens (incluído os itens 2, 4 e 11 que apresentam correlação item-total ≤ 0.20), quando está presente, contribui para melhorar a homogeneidade da escala, daí termos optado por manter estes três itens e porque acrescentam informação relevante à escala.

Quadro 1. Coeficiente α de Cronbach para todos os itens = 0,810

Item	Excluindo o item	Item	Excluindo o item
1	0,789	19	0,798
2	0,800	20	0,794
3	0,793	21	0,799
4	0,805	22	0,798
5	0,800	23	0,800
6	0,795	24	0,790
7	0,799	25	0,800
8	0,796	26	0,798
9	0,795	27	0,800
10	0,798	28	0,793
11	0,801	29	0,794
12	0,797	30	0,799
13	0,800	31	0,800
14	0,792	32	0,799
15	0,797	33	0,798
16	0,798	34	0,799
17	0,795	35	0,797
18	0,798	36	0,799

Determinação da correlação "Par/Impar" e do Coeficiente de Spearman-Brown e do Coeficiente de Guttman Split-Half

Os valores da correlação par/ímpar (*0.781*), do Coeficiente de Spearman-Brown (0.784) e do Coeficiente de Guttman Split-Half (0.781), demonstram que os itens estão adequadamente distribuídos ao longo do questionário.

Os resultados elevados reforçam a confirmação da boa consistência interna do instrumento de medida.

Determinação da matriz de correlação dos diversos itens

Os resultados da matriz de correlações de Spearman obtidas para todas as questões do QEVES comprovam que o sentido da correlação é variável e não há nenhuma correlação

que apresente um valor particularmente elevado, facto que significa não existirem itens redundantes.

Comprovação de que a escala possui uma boa estabilidade temporal

Para os efeitos do presente estudo exploratório, a análise da estabilidade temporal da escala foi obtida através do teste/reteste (r=0.814) completado por 65 indivíduos, com diferença de um mês entre as duas aplicações. Os resultados demonstram a boa estabilidade temporal da escala, adequada para avaliar *traços* que caracterizam a maneira de ser de dado indivíduo.

Terminado o estudo da homogeneidade dos itens, procedeu-se ainda à análise de diferenças entre os sexos e à análise factorial.

No que refere à diferença entre os sexos, a fim de manter os itens homogéneos de forma a não favorecerem a informação relacionada com diferenças de sexo, eliminámos todas as questões que lhe foram sensíveis.

Tendo em conta os 108 homens e 158 mulheres da amostra, os resultados obtidos através do teste *t*, aplicado aos diversos itens, comprovou que o QEVES discrimina os sexos de forma estatisticamente significativa nos itens 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 15, 19, 20, 21, 27 e 32 e no total do questionário. Os valores médios das mulheres para todos os itens são quase sempre significativamente mais elevados do que os dos homens, resultados que revelam que as mulheres têm, em geral, estilos de vida mais saudáveis.

No que respeita à determinação das dimensões subjacentes ao QEVES, procedemos a uma análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal do tipo varimax, com um eigenvalue ≥1.

Dos resultados obtidos, concluímos que o instrumento é unidimensional, uma vez que os itens que se correlacionavam mais fortemente com cada factor não apresentavam coerência lógica interna, sendo necessários 12 factores para explicar cerca de 61% da variância total da escala.

CONCLUSÃO

Após o estudo da homogeneidade dos itens, análise de diferenças entre os sexos e análise factorial, comprovou-se que o QEVES tem características psicométricas satisfatórias, discrimina os sexos de forma estatisticamente significativa e assume-se como um instrumento que mede uma variável unidimensional (estilos de vida).

Recomenda-se, porém, nova exploração factorial do QEVES em estudos futuros com o intuito de confirmar a estrutura aferida nesta investigação.

REFERÊNCIAS

Ángyán, L., Téczely, T. Mezey B., & Lelovics Z. (2003). *Selected Physical Characteristics of Medical Students*. Retirado a 4 de Maio de 2006 de World Wide Web: http: //www.med-ed-online.org.

Backett, C.B. Y Davison, C. (1995): Lifecourse and Lifestyle: The Social, Cultural Location of Health Behaviours. *Social Science and Medicine 40(5),* p. 629-638.

Baum, A. & Posluszny, D.M. (1999). Health Psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Reviews Psychology,* 50:137-163.

Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Bennett, P. (2002). Promoção da Saúde. *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climep-

si.

Clark, Hampson, Avery & Simpson (2004). Effects of a tailored life-style self management intervention in patients with type II diabetes. *British's Journal of Heath psychology, 9*, 365-379.

Comas, D. (Coord.); Aguinaga, J., Orizo, F. Espinosa, A. & Ochaita, E. (2003). *Jóvenes y estilos de vida – valores y riesgos en los jóvenes urbanos.* Madrid: Fundación de Ayuda contra la drogadicción (FAD), Ministerio de Trabalho y Assuntos Sociales – INJUVE.

Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.

Doll, R., & Peto, R. (1981). *The causes of Cancer*. New York: Oxford University Press.

Dzuka, J. & Dalbert, C. (2006). The belief in a just world's impact on subjective well-being in old age. *Aging and Mental Health, 10,* 439-444.

Elderen & Dusseldorp, 2001. Life-style effects of group health education for patients whit coronary art disease. *Psychology and health, 16*, 327-341.

Faria, M. C., Chamorro, C., Carvalho, S. & Rocha. A. T. (2004). Auto-Cuidado em Saúde e Comportamentos Aditivos no Ensino Superior. In A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança - Actas do *5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: SPPS.

Finotti, M. A. (2004). *Estilos de Vida: Uma Contribuição ao Estudo da Segmentação de Mercado*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo.

Fuentes, A. V., & Gómez, J. I. A. (2005). Las drogas en la universidad: un fenómeno complejo. In Palomo, M. & Carreño, A. B. (Coord.), *Prevenção das Toxicodependências no Ensino Superior: uma experiência inovadora* (221-253). Instituto Politécnico de Beja e Universidade de Huelva.

Galhardo, A.; Marques, P.; & Cardoso, I. M. (2004). *Descobre Outros Prazeres*. Coimbra: Associação Académica de Coimbra.

Gonzalez, B. & Pais-Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões da personalidade em jovens universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5 (1),* 107-127.

Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. M. Faber, & A. M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction* (pp. 207-238). New York: Collier.

Jesus, N. S. (2006). Bem-Estar em Psicologia da Saúde. In Leal, I. (Coord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp.81-87). Coimbra: Quarteto.

Kotler, P. (1997). *Administração de Marketing: análise, planejamento, implementação e controle.* São Paulo: Ed. Atlas.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.

Matarazzo, J. D., & Leckliter, I. N. (1988). Behavioral health: The role of good and bad habits in health and iones. In S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares & I. G. Srason (Eds.), *Topics in health psychology (pp.3-19)*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.

OEDT (2003). *A evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega.* Luxemburgo: Serviços das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Ogden, J. (1996). *Health psychology: A textbook.* Buckingham: Open University Press.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

OMS (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Versão portuguesa *"Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública",* 17-21 No-

vembro, Ottawa, Canadá. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

OMS (1988). *Priority research for health for all.* Copenhagen: World Health Organization.

OMS (2002). *Education & Health in Partnership: a European Conference on linking education with the promotion of health in schools.* Conference Report. Egmond aan Zee, 25-27 September 2002: WHO.

Pacheco, J. E. P. (2005). *Burnout e Estilos de Vida em Profissionais de Saúde.* Dissertação de Doutoramento, Faro, Universidade do Algarve.

Pais-Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde.* Lisboa: ISPA.

Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica, 2 (22)*, 387-397.

Pereira, J. & Mateus, C. (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa da Saúde Pública, 3,* p.65-80.

Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a intervenção. *Análise Psicológica, 3 (22)*, 499-506.

Ribeiro, A. & Cruz, J.P. (2008). Estilos de Vida e Bem-Estar Subjectivo, in I. Leal, J.L. Pais-Ribeiro, I.Silva & S. Marques (comps). *Actas do 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 61-65. ISPA. Lisboa.

Silva S. A. & Deus A. A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica, 2 (23),* 151-172.

Sobel, M. E. (1981). *Life style and social structure.* New York: Academic Press.

Streiner, D. L. & Norman, G.R. (1989). *Health Measurement Scales (A Practical Guide to their Development and use)*. Oxford Medical Publications.

Teixeira, J. & Correia, A. (2002). Fragilidade Social e Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica, 3*, 359-365.

Wold, B. (1993). *Health behaviour in school-aged children. A WHO cross-national survey.* Resource package of questions 1993/94. Research Centre for Health Promotion, University of Bergen.

Wold, B. (1993). *Health behaviour in school-aged children. A WHO cross-national survey.* Resource package of questions 1993/94. Research Centre for Health Promotion, University of Bergen.

CRIAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DE UM GABINETE DE SAÚDE NA ESCOLA

Alda Fidalgo[1]

Resumo

No presente trabalho pretende-se relatar uma experiência pedagógica realizada na Escola Secundária do Fundão com os alunos da disciplina de Saúde e Socorrismo. O projecto foi desenvolvido ao longo dos últimos dois anos lectivos. No primeiro, estabeleceram-se diversas diligências que levaram à criação de um gabinete de saúde. No último ano foram desenvolvidas diversas actividades, nomeadamente: medição da tensão arterial, medição da temperatura corporal; pesagem; marcação de consultas e/ou encontros com profissionais de saúde. Esta fase foi realizada em parceria com a coordenadora do projecto *Educação para a Saúde* nas escolas. Os alunos, em regime de voluntariado, deram apoio ao gabinete de saúde, diariamente, durante a hora de almoço. No final do ano lectivo estas actividades foram estendidas para a comunidade exterior à escola no Pavilhão Multiusos do Fundão, realizando-se um rastreio à população cujos resultados se apresentam.

Palavras-chave

Gabinete de saúde; voluntariado; comunidade.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos temos vindo a leccionar a disciplina de Saúde e Socorrismo do Curso Tecnológico de Acção Social, na Escola Secundária do Fundão. Neste percurso formativo as noções de Saúde são abordadas, na medida em que o agente de Acção Social, em colaboração com um Técnico Superior ou com uma equipa interdisciplinar irá, profissionalmente, interactuar com grupos sociais (escolas, famílias, amigos, associações, lares e centros de dia, hospitais, etc.) em actividades diversas, promovendo o seu desenvolvimento social e cultural, o que pressupõe a compreensão de conceitos de Saúde e seus factores associados. Promove-se também o ensino de Socorrismo com o objectivo de fomentar e desenvolver qualidades de generosidade, entusiasmo e ajuda ao próximo, procurando dar a estas vocações espontâneas um substrato técnico que os agentes utilizarão para eles próprios e seus semelhantes (1). Foi considerando estes pressupostos, e considerando também, que se trata de um Curso Tecnológico, onde as competências fundamentais a desenvolver, assentam sobre a promoção de actividades práticas que visam a formação profissional do aluno, que surgiu o presente projecto, cujos principais objectivos foram: criar e dinamizar um gabinete de saúde na escola; contribuir para a promoção da educação para a saúde da população escolar e formar técnicos de Acção Social mais capacitados para actuar em domínios da prevenção da doença.

METODOLOGIA

O processo de criação do Gabinete de Saúde foi implementado, com uma turma de 10 alunos que se encontravam no 11.º ano, no ano lectivo 2006/2007, tendo sido desenvolvido em várias fases. No ano seguinte, a mesma turma (12.ºAS) continuou a desenvolver o projecto e foi envolvida mais uma turma, constituída por 18 alunos, do 11.º ano (11.º AS), num total de 28 alunos. Durante todo o ano lectivo 2007/2008, os alunos apoiaram diariamente, o gabinete de saúde, durante a sua hora de almoço desenvolvendo aí várias actividades. A coordenação desta componente de trabalho de voluntariado desenvolvido

1. Escola Secundária do Fundão. **fidalgo.am@gmail.com**

pelos alunos foi realizada em parceria com a Coordenadora do projecto *Educação para a Saúde* nas escolas.

No final do ano lectivo, no âmbito da 3.ª Mostra de Ciência da Escola que se realizou no Pavilhão Multiusos da cidade, a actividade que os alunos vinham desenvolvendo no gabinete de saúde foi transferida para um stand dedicado à saúde, onde se trabalhou em articulação com o Departamento de Educação Física da escola. Neste contexto foi realizado um trabalho que incidiu sobre a medição da tensão arterial a uma população de mais de 200 pessoas que passaram pelo stand "*a saúde começa aqui*". Este trabalho foi complementado com outros parâmetros biométricos com o objectivo de realizar um breve estudo de avaliação da condição física dessa população.

FASES DO PROCESSO

a) Criação do Gabinete de saúde

O processo iniciou-se no ano lectivo 2006/2007 com uma sensibilização aos alunos da turma, seguida de uma visita de estudo ao Centro de Saúde do Fundão, onde os mesmos tomaram conhecimento dos serviços e consultas em funcionamento. Puderam ainda visitar alguns gabinetes de consultas médicas e de enfermagem, o que permitiu realizar uma inventariação de materiais e equipamentos básicos para apetrechamento do gabinete. Foram recolhidos também alguns folhetos e cartazes para posterior distribuição na escola. Simultaneamente foi reabilitado o espaço físico destinado ao gabinete de saúde, que estava a ser utilizado como arrecadação. Procedeu-se à organização do espaço e apetrechamento com alguns equipamentos básicos para o seu funcionamento.

A divulgação do Projecto na Comunidade Educativa foi realizada no Conselho Pedagógico da escola, nos Conselhos de Turma, das turmas envolvidas e através da elaboração e afixação de cartazes produzidos pelos alunos, nos vários espaços da escola.

b) Dinamização do gabinete de saúde

A dinamização do gabinete de saúde realizou-se ao longo do ano lectivo 2007/2008, tendo participado os 28 alunos das turmas de Saúde e Socorrismo do 11.º e 12.º anos. Os alunos foram organizados em pequenos grupos e, em colaboração com a Coordenadora do projecto *Educação para a Saúde* foram organizadas, mensalmente, escalas de apoio ao gabinete, durante a hora de almoço. Estas escalas foram rotativas, pelo que todos os alunos prestaram este apoio de voluntariado à comunidade escolar, várias vezes ao longo do ano lectivo. Durante este período os alunos prestaram vários serviços, nomeadamente a medição da tensão arterial, medição da temperatura corporal, pesagem, divulgação do cronograma das consultas do Centro de Saúde (consulta de planeamento familiar, alcoologia, tabagismo, nutrição e psicologia) e marcação das consultas dos utentes da escola, com posteriormente encaminhamento para o Centro de Saúde do Fundão. Procurou-se que, pelo menos a consulta de planeamento familiar, que é destinada à população jovem, passasse para o gabinete de saúde da escola, mas por motivos vários tal não foi possível.

Promoveram-se ainda encontros com profissionais de saúde qualificados, em situações específicas com vista a promover conversas sobre temas específicos. Para estas conversas foi privilegiado o contacto com ex-alunos da escola, com actividades profissionais ligadas à área da saúde, nomeadamente enfermeiros e médicos. Procurámos assim criar laços de afinidade entre os antigos e os actuais alunos, o que se revelou uma metodologia muito satisfatória porque por um lado permitiu o regresso dos ex-alunos à escola e por outro, permitiu aos actuais alunos contactar com profissionais de saúde que tiveram a formação de base na mesma escola. Para estas colaborações contámos com a participação de dois enfermeiros (Enfermeiro David Gonçalves e Enfermeira Joana Carvalho) e com a ajuda

técnica da médica Joana Sanches. Nos contactos que estabelecemos com profissionais de saúde destaca-se também a colaboração da Enfermeira Susana Batista e do núcleo da Cruz Vermelha Portuguesa do Fundão, no âmbito da formação relacionada com as técnicas de socorrismo.

c) O gabinete da saúde numa actividade organizada para a comunidade local

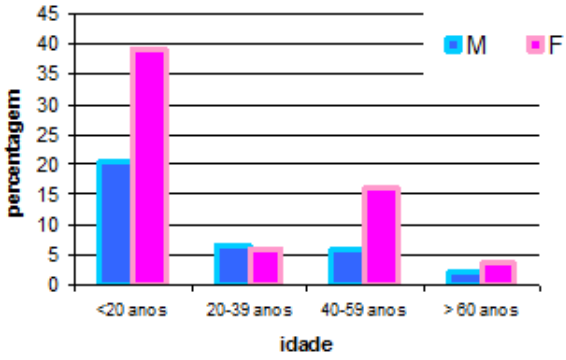
A 3.ª Mostra de Ciência da Escola Secundária do Fundão realizou-se no Pavilhão Multiusos da cidade nos dias 16 e 17 de Maio de 2008, em parceria com a Câmara Municipal do Fundão. A participação das turmas de Saúde e Socorrismo, do 11.º e do 12.º anos passou pela dinamização do stand "*a saúde começa aqui*", onde se criou um espaço relacionado com o socorrismo e as técnicas de socorro, em colaboração com o núcleo da Cruz Vermelha do Fundão e apoiado pelos alunos da turma 12.º AS. O 11.º AS, dando continuidade ao trabalho que se realizou ao longo do ano lectivo no gabinete de saúde, ficou responsável pela dinamização de um espaço relacionado com a alimentação onde se realizaram diversas actividades: 1- experiências laboratoriais para pesquisa de nutrientes, onde os visitantes mais pequenos podiam, de forma lúdica, pesquisar a presença de nutrientes nos alimentos; 2- construção de uma roda dos alimentos com alimentos reais e conselhos sobre alimentação equilibrada; 3- medição da tensão arterial e da frequência cardíaca a pessoas de todas as idades. De seguida, essas pessoas foram encaminhadas para um espaço contíguo orientado pelos professores de Educação Física onde, mediante a apresentação de um cartão com os dados recolhidos no stand *"a saúde começa aqui"*, foram submetidos à medição de outros parâmetros (peso, altura, perímetro abdominal, etc.), que também se registaram no mesmo cartão. Os vários parâmetros foram analisados através de *software* específico e os resultados comunicados ao visitante, acompanhados por alguns conselhos e sugestões relacionados com a prática de exercício físico. Os dados recolhidos foram agora, estudados tendo-nos permitido algumas constatações.

d) Um caso prático de apoio à comunidade na prevenção de doenças cardiovasculares

D1. Caracterização da população

Este estudo teve por base os dados recolhidos (cartões distribuídos e recolhidos) na população visitante dos stands *"a Saúde começa aqui" e Stand de Educação Física,* na 3.ª Mostra de Ciência da Escola Secundária do Fundão, em Maio de 2008.

Figura 1. Distribuição de indivíduos Masculinos (M) e Femininos (F) em função da idade.



A população estudada era constituída por 217 indivíduos, em que 142 eram do sexo feminino (65%), com uma média de idades de 28,6 anos, e 75 (35%) eram do sexo masculino, com uma média de idades de 26,5 anos. A distribuição de idades dos

indivíduos da população variou dos 8 aos 84 anos, em que 60% apresentava menos de 20 anos; 12% tinham entre 20 e 39 anos; 22%, fixaram-se entre os 40 e 59 anos e 6% apresentavam mais de 60 anos.

D2. Procedimentos

Foram considerados para análise os seguintes parâmetros:

- Tensão arterial (TA)
- Frequência cardíaca (FC)
- Índice de massa corporal (IMC)
- Perímetro abdominal (PA)

Estes parâmetros foram analisados para quatro níveis etários:

- <20 anos
- 20-39 anos
- 40-59 anos
- >60 anos

Os valores de IMC são diferentes para as diversas etapas da vida (crianças, adultos e idosos). Com o passar dos anos, ocorrem mudanças no organismo como o crescimento, desenvolvimento, manutenção e envelhecimento do organismo. No nosso estudo, para o cálculo dos parâmetros IMC e PA foram eliminados, todos os indivíduos com menos de 15 anos.

A Organização Mundial de Saúde, refere os valores do Perímetro Abdominal, de 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres (em centímetros) (3), como valores de risco muito elevado para doenças associadas à obesidade. Optámos por utilizar estes dados como valores de referência para comparação do PA da população em análise (figura 3).

Os valores de referência considerados para classificação do IMC da população em análise, baseou-se nos valores constantes do quadro 1.

Quadro 1. Valores de referência para o IMC (2).

Condição	IMC em Mulheres	IMC em Homens
Abaixo do peso	< 19,1	< 20,7
No peso normal	19,1 - 25,8	20,7 - 26,4
Marginalmente acima do peso	25,8 - 27,3	26,4 - 27,8
Acima do peso ideal	27,3 - 32,3	27,8 - 31,1
Obeso	> 32,3	> 31,1

Nos adultos até aos 64 anos, os valores normais de Tensão Arterial considerados são os apresentados no quadro 2.

Quadro 2. Valores de referência para a Tensão arterial (4).

Tensão Arterial	T.A. máxima (mmHg)	T.A. mínima (mmHg)
T.A. Óptima	100 - 120	60 - 80
T.A. Normal	100 - 130	60 - 85
T.A. Normal Elevada	130 - 139	85 - 89
Hipertensão		
Grau I (ligeira)	140 – 159	90 – 99
Grau II (moderada)	160 - 179	100 – 109
Grau III (severa)	≥ 180	≥ 110

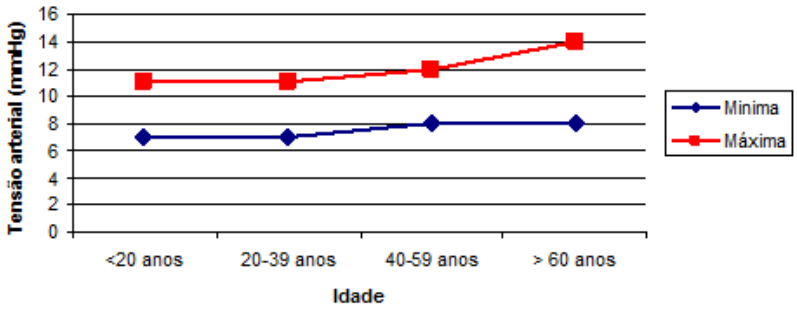
A medição da TA e a FC foi realizada pelos alunos do 11.º AS, utilizando um tensiómetro OMRON® M6 confort (SYS mmHg, DIA mmHg e Pulse/min.), em ambiente, tanto quanto possível, de tranquilidade. A medição da massa (peso), altura e perímetro abdominal foi realizado no stand de Educação Física, pelos professores dessa área disciplinar.

D3. Resultados e Discussão

A Tensão Arterial corresponde à medida da pressão que o sangue exerce contra a parede das artérias. Traduz-se na medição da Tensão Arterial Máxima (ou Sistólica), que é o valor medido quando o coração contrai e bombeia sangue para todo o corpo e na Tensão Arterial Mínima (ou Diastólica), que corresponde ao valor registado quando o coração relaxa e se enche novamente de sangue. Se a tensão arterial é alta significa que o coração tem de fazer um maior esforço para conseguir bombear o sangue para todo o corpo. As paredes dos vasos sanguíneos envelhecem mais precocemente devido à deposição de gorduras nas suas paredes e perdem elasticidade. Este facto pode pôr em risco a irrigação e o funcionamento de órgãos como o cérebro, os rins e o próprio coração. Quanto mais alta for a tensão arterial, maior o risco de Doença Cardiovascular. A Organização Mundial de Saúde alerta frequentemente para o facto dos valores da Tensão Arterial elevada se associarem ao risco de Doença Cardiovascular (*e.g.*, angina de peito, enfarte de miocárdio, AVC, diabetes).

Os estudos mostram que a Tensão Arterial aumenta naturalmente ao longo da vida. Este aumento resulta do "*envelhecimento*" normal das artérias. Este facto é posto em evidência nos resultados de TA que obtivemos no nosso estudo (figura 2).

Figura 2. Valores médios da Tensão Arterial (TA) em função da idade

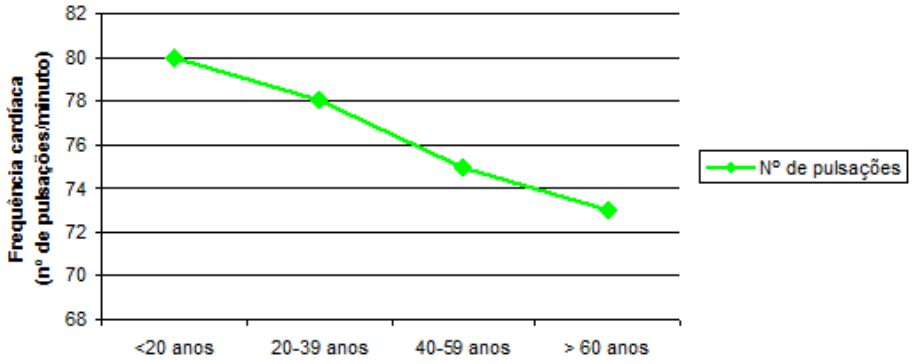


A Frequência Cardíaca máxima está igualmente relacionada com a idade. Com o passar dos anos verifica-se uma tendência para ocorrer a diminuição do número de batimentos cardíacos por minuto. A FC mais baixa nos idosos resulta do facto, da actividade física diminuir, havendo uma correspondente menor exigência em nutrientes e energia. Este aspecto corresponde, portanto, a um mecanismo generalizado de adaptação do organismo

(5).

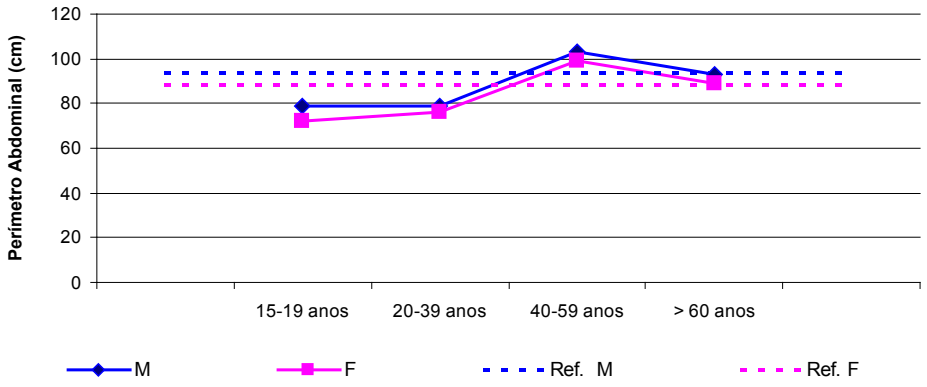
Como se verifica na figura 3 esta tendência normal é reflectida pela curva descendente ao longo da idade dos indivíduos da população em estudo.

Figura 3. Valores médios da Frequência Cardíaca (FC) em função da idade



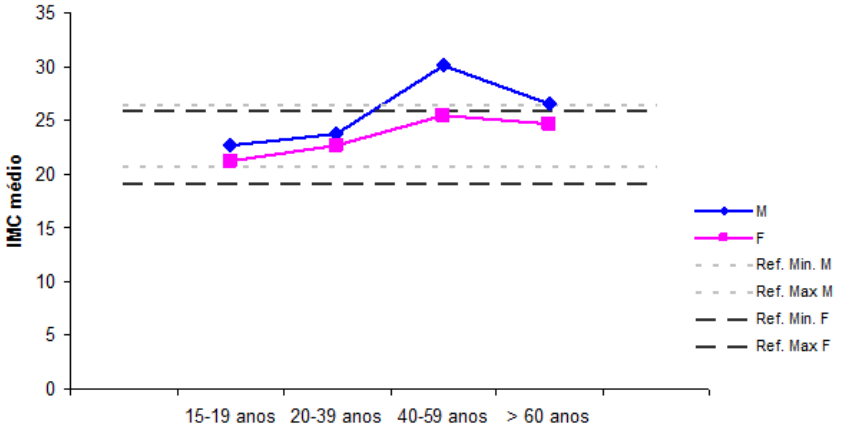
A gordura armazena-se nos adipócitos, graças à acção da lipoproteína lipase, mais activa no tronco dos indivíduos do sexo masculino. Justifica-se desta forma a acumulação de gorduras e o aparecimento da "barriga" nos homens. A utilização do parâmetro PA é importante e apresenta-se como de utilização vantajosa, uma vez que considera como relevante a distribuição de gordura no corpo (5). Quando se considera unicamente o IMC este aspecto não é ponderado. De acordo com o gráfico da figura 4, na população analisada, o nível etário entre os 40 e os 59 anos de idade apresenta-se com valores acima dos valores de referência. Apesar de termos retirado da nossa análise todos os indivíduos com menos de 15 anos, verifica-se que a média dos valores de PA para os indivíduos com menos de 40 anos se encontra abaixo dos valores de referência.

Figura 4. Valores médios do Perímetro abdominal (PA) em função da idade.



Comparando o gráfico da figura 4 com o da figura 5, onde se regista, para os mesmos intervalos etários, os IMC, comprova-se a mesma tendência média para exceder os valores de referência,no escalão etário 40-59 anos, o que nos permite afirmar que será este grupo etário o que apresenta maior tendência para a obesidade e que portanto apresenta maior risco para desenvolver doenças cárdiovasculares.

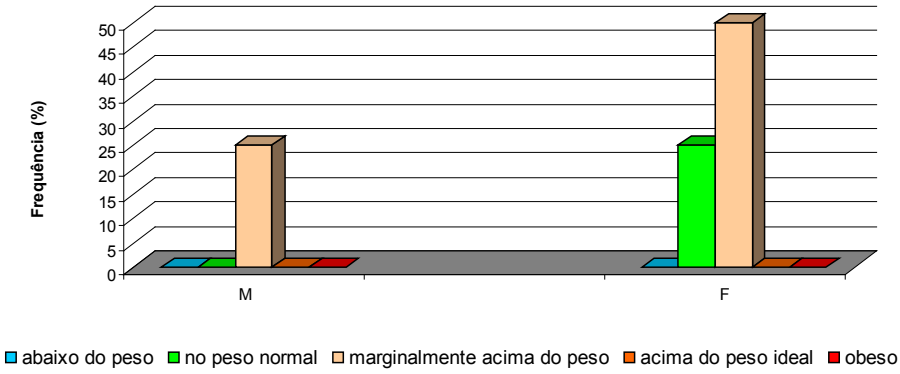
Figura 5. Valores médios de Índice de Massa Corporal (IMC) em função da idade



Nas figuras 6, 7, 8 e 9 apresenta-se, para cada intervalo etário considerado, a percentagem de indivíduos distribuídos em função dos valores do IMC.

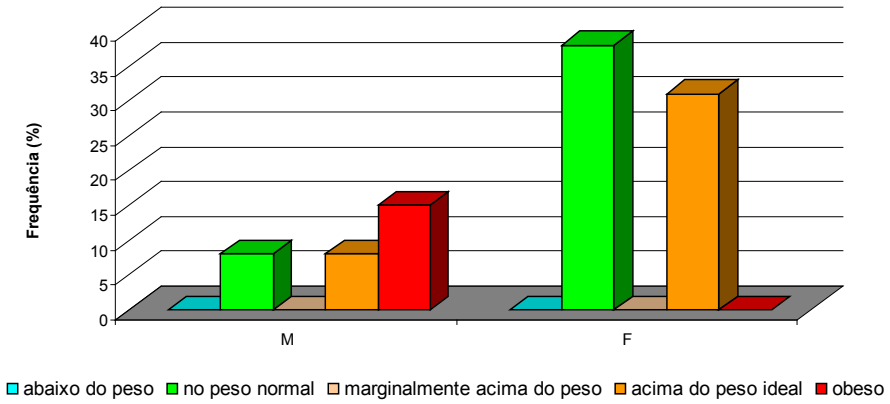
No grupo correspondente a mais de 60 anos verifica-se que existe uma tendência para que os indivíduos se classifiquem, de uma maneira geral em *marginalmente acima do peso*.

Figura 6. Percentagem de indivíduos do sexo masculino e feminino, com nível etário > 60 anos, distribuídos em função do IMC



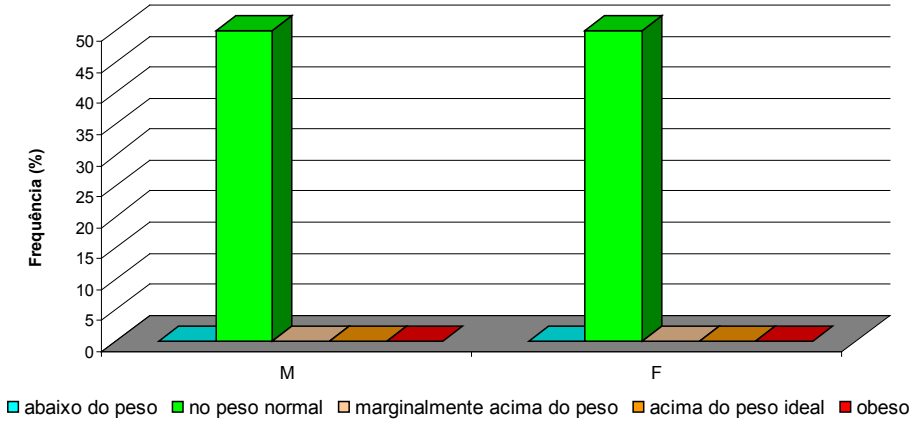
No grupo etário entre os 40 e 59 anos de idade (grupo que apresenta os valores mais elevados de PA e IMC) podemos constatar que cerca de 15% do total de indivíduos deste grupo etário (todos homens) está classificado como *obesos*. Nas mulheres do mesmo grupo etário, 31% do total de indivíduos estão *acima do peso ideal*. 38% apresentaram *peso normal*.

Figura 7. Percentagem de indivíduos do sexo masculino feminino, com nível etário entre 40 e 59 anos, distribuídos em função do IMC



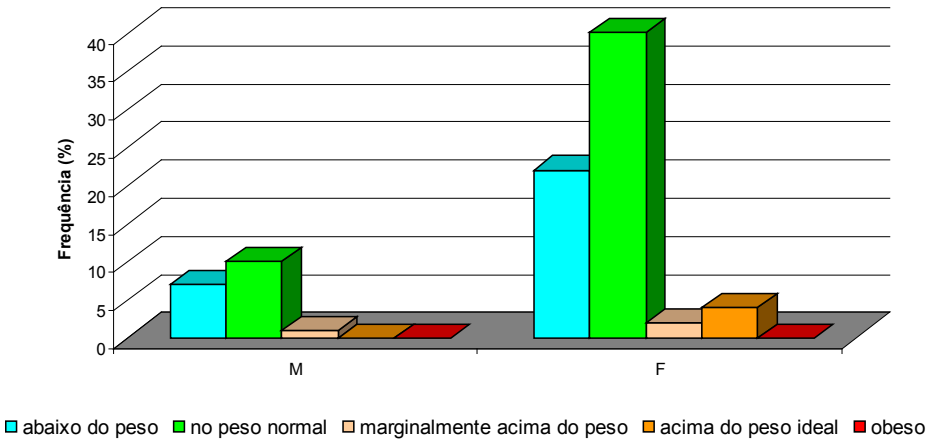
Relativamente ao grupo etário entre os 20 e os 39 anos de idade, podemos verificar que todos se apresentaram com *peso normal*.

Figura 8. Percentagem de indivíduos do sexo masculino e feminino, com nível etário entre 20 e 39 anos, distribuídos em função do IMC



No grupo dos indivíduos com menos de 20 anos não se verifica nenhum caso de obesidade, mas nas raparigas existe uma pequena percentagem (2%) *marginalmente acima do peso* e 4% consideradas *acima do peso ideal*. A maioria (62%) dos indivíduos apresenta *peso normal*. Destaca-se neste grupo etário, que cerca de 30% dos indivíduos (20% de raparigas e 10% de rapazes) se apresentam *abaixo do peso*. Este facto pode ser preocupante na medida em que pode indiciar casos de subnutrição.

Figura 9. Percentagem de indivíduos do sexo masculino e feminino, com nível etário < 20 anos, distribuídos em função do IMC



CONCLUSÕES

A criação de um gabinete de saúde numa escola secundária, parcialmente orientado pelos alunos tem-se revelado uma actividade interessante no seio da comunidade escolar, tendo-se conseguido sinergias positivas para todos os intervenientes. O gabinete de saúde tornou-se um local, onde de forma descontraída, as pessoas da comunidade escolar puderam aceder a pequenos serviços como medir a tensão arterial, pesar-se e relacionar esse parâmetro com a sua altura e idade para ter uma ideia aproximada da adequação da sua dieta. Os conselhos puderam chegar aos utentes de uma forma didáctica alternativa. A empatia gerada levou a que fossem os utentes a procurar o gabinete e não o gabinete de saúde a procurar clientes. Por outro lado, outras solicitações ou doenças, embora tenham sido alvo de algum diagnóstico (*e.g.*, medição da temperatura corporal) foram encaminhadas para as entidades competentes não tendo sido envolvidos os alunos ou o professor responsável em actividades para as quais não estavam habilitados.

O gabinete de saúde destacou-se também por ter proporcionado um contacto redobrado entre a escola e a comunidade exterior, o qual se reflectiu, por exemplo, na deslocação de profissionais de saúde à escola em acções de divulgação. Estas deslocações representaram uma mais-valia para a escola, a qual pôde apresentar aos seus alunos formas de aprendizagem alternativa, ao mesmo tempo que promovia a educação para a saúde e a saúde em contexto escolar. Destaca-se também como um aspecto muito positivo, a participação de profissionais de saúde que foram ex-alunos da escola. Este aspecto foi principalmente motivador para os actuais alunos que ao ouvirem "contar histórias" da vivência escolar daqueles profissionais se reviram na sua posição e projectaram as suas próprias vivências para um futuro mais próximo e concreto.

As acções desencadeadas pelo gabinete de saúde puderam mesmo extravasar os limites da escola. Embora não se tenha pretendido concretizar qualquer estudo epidemiológico, a utilização de alguns parâmetros de diagnóstico permitiu correlacionar algumas características dos visitantes voluntários do stand de exposição do gabinete *(a saúde começa aqui)*, na III Mostra de Ciência, com o seu bem-estar corporal. O sucesso da actividade foi enorme, sempre com fila desde o início até ao fim, expondo a receptividade de toda a comunidade à iniciativa. Do ponto de vista didáctico o sucesso também foi enorme. Os alunos de Acção Social puderam aprender bem, aspectos fundamentais relacionados com a saúde do sistema circulatório e a sua variação em função do sexo e

da idade. Puderam também recordar a importância da dieta alimentar na prevenção das doenças.

Consideramos pois, o envolvimento dos alunos do Curso de Acção Social, na criação e gestão do gabinete de saúde como uma importante fase da sua formação tendo-os aproximado significativamente do perfil de competências necessárias ao futuro exercício das suas funções. Além de importante ferramenta do processo didáctico destes alunos, o gabinete de saúde passou também a ser uma organização de utilidade prática no contexto da própria escola. Hoje, todos contam com mais este serviço da escola.

Agradecimentos

A todos os alunos participantes no projecto.

À colega Natália Carvalho, Coordenadora do projecto *Educação para a Saúde* nas escolas, na nossa Escola.

Aos ex-alunos e outros profissionais de Saúde.

Ao Centro de Saúde do Fundão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Luís, A.; Santos,E.; Delgado,F. Programa de Saúde e Socorrismo - Curso Tecnológico De Acção Social. Ministério da Educação. Departamento do Ensino Secundário. 2001

Reanalysis of the second National Health and Nutrition Examination Survey data (1976- 1980). Am J Clin Nutr.; 2003.

World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 1990.

Guidelines Subcommittee of the World Health Organization-International Society of Hypertension: World Health Organization-International Society of Hypertension-guidelines for the management of hypertension; 1999.

http://www.portaldasaude.pt/portal, Setembro de 2008.

DIMENSÕES DO CONCEITO "EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE" DE ESTUDANTES DE SETE CURSOS DO ENSINO SUPERIOR: EFEITOS DA FORMAÇÃO

Amâncio Carvalho[1] & Graça Simões de Carvalho[2]

Resumo

A presente comunicação resulta de uma parte de um trabalho de doutoramento mais vasto na qual se pretendia avaliar as dimensões "Valoração", "Força" e "Actividade" relativas ao conceito de *Educação para a Saúde* (EpS), numa amostra de 709 alunos de 7 cursos do ensino superior. Foi utilizada uma escala diferencial semântica, tipo Osgood, composta por três sub-escalas, que caracterizavam cada uma das dimensões.

Em 4 dos 7 cursos verifica-se que a formação potencia a importância dada às três dimensões de EpS, umas vez que as médias do 4.º ano são significativamente diferentes (superiores) às dos 1.º ano. Em 2 cursos não se verificaram diferenças significativas enquanto que num outro houve um decréscimo significativo do valor atribuído a estas dimensões. O efeito da formação é apresentado e discutido.

Palavras-chave

Valoração; força; actividade.

1. INTRODUÇÃO

A problemática da *Educação para a Saúde* (EpS), como processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde, vem sendo objecto de uma reflexão crescente por parte de instituições, grupos profissionais e autores em artigos de literatura específica (OMS, 1985).

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

A longevidade condiciona uma maior prevalência de doenças crónicas, mais ou menos incapacitantes, ligadas aos estilos de vida;

O aumento do stresse provocado pelos diferentes contextos sociais em que vive a maior parte da população favorece uma maior incidência de acidentes e disfunções psicossociais;

O recrudescimento de patologias aparentemente controladas por modificações do agente causal e o aumento de comportamentos de risco (e.g. infecções sexualmente transmitidas, IST);

É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-

1. Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD; LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga. **amanciocarv@hotmail.com**

2. LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga. **graca@iec.uminho.pt**

se para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades (WHO, 1986). Estas intervenções devem ter lugar em vários contextos como a escola, o trabalho, os serviços de saúde e as organizações comunitárias e devem ser realizadas por organismos educacionais, profissionais e de solidariedade social.

Ao assumir um papel activo no seu processo de saúde, através da adopção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, torna-se necessário que a pessoa, escolha e assuma as suas opções de vida, responsabilizando-se pela sua saúde. Ou seja, está implícito em todo este processo, uma tomada de decisão face a um leque de opções possíveis, processo esse, que sofre importantes influências das emoções experimentadas pela pessoa.

Em EpS deve-se passar a mensagem da não repressão das emoções (concepção racionalista) e colocar a ênfase nos seus efeitos positivos e na redução do seu potencial negativo. Deve apoiar-se cada vez mais na promoção de atitudes positivas do que na agitação do espectro de doença (Amorim, 1999).

Tendo em conta, que tudo o que fazemos na vida, como o fazemos, o que escolhemos, a que grupo nos associamos, depende em última análise dos nossos valores e atitudes (Vallejo, 2002), é de todo pertinente conhecer o significado atribuído ao conceito "EpS", que nos trará uma informação valiosa acerca da importância que estes alunos atribuem a este processo e constituirá um forte preditor do investimento que estes futuros profissionais farão neste campo. Neste sentido definimos como objectivos para esta parte do estudo: (i) conhecer o significado atribuído ao conceito de EpS pelos alunos desta amostra à entrada e à saída do processo formativo; (ii) ter uma noção da importância conferida ao processo de EpS por estes alunos; (iii) comparar as médias dos scores das três dimensões em estudo obtidas pelos alunos dos diferentes cursos, que integram a amostra; (iv) perspectivar o investimento que os alunos da amostra poderão ter no campo da EpS quando forem profissionais.

2. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Trata-se de um estudo descritivo, comparativo e transversal (Padilla e Haro, 2000; Parahoo, 2006). A população é constituída por 1132 alunos de sete cursos do ensino superior: Licenciatura em Enfermagem de Vila Real (E-VR), Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; Licenciatura em Enfermagem de Braga (E-BR), Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, Universidade do Minho; Licenciatura em Enfermagem do Porto (E-PO), Escola Superior de Enfermagem de S. João; Licenciatura em Medicina (MED), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; Licenciatura em 1.º Ciclo do Ensino Básico (PEB), Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho; Licenciatura em Educação de Infância (EI) e Licenciatura em Serviço Social (SSO), Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Católica Portuguesa de Braga.

A amostra é composta por todos os alunos presentes no momento de recolha de dados e que voluntariamente preencheram os questionários, num total de 709 alunos, cerca de 62,6% do universo.

Os dados foram recolhidos através de um questionário de auto-preenchimento, anónimo e confidencial, construído pelos investigadores para esse efeito, o qual foi aplicado aos alunos do 1.º e do 4.º ano de cada um dos cursos participantes no estudo, num só momento.

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

da turma do 4.º ano; e nos cursos de EI, PEB e SSO, os questionários foram aplicados pelos docentes dos próprios cursos e devolvidos aos investigadores.

Para o tratamento dos dados recorremos à estatística descritiva e procedemos à realização de testes estatísticos t de Student, ANOVA, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Consideramos existirem diferenças estatisticamente significativas, no caso de $p < 0,05$ (Hill e Hill, 2000; Pestana e Gageiro, 2005).

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

Cada linha representa uma escala. Os valores obtidos em cada escala são adicionados para constituir um score global para cada sujeito. Cada conceito deveria fornecer três dimensões: a "Valoração", a "Força" e a "Actividade" (Fortin, Grenier & Nadeau, 1999). Assim a EDS é composta por três sub-escalas, que correspondem, respectivamente, à dimensão "Valoração", "Força" e "Actividade" do conceito de EpS. Cada uma das sub-escalas era constituída por dez pares de adjectivos (itens).

Procedemos à validação do construto da escala através da Análise Factorial Exploratória e da consistência interna através do Alfa de Cronback, (Pestana & Gageiro, 2005; Hair, Black, Babin, Anderson & Tathan, 2005), tendo resultado uma versão final da EDS (Fig.1) que ficou reduzida a 18 pares (a negro na Fig.1) por existirem alguns que não saturavam na análise factorial em nenhuma das dimensões (a cinza na Fig.1).

Fig. 1 – Visualização das alterações feitas à Escala Diferencial Semântica

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

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

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Começamos por apresentar uma breve caracterização dos respondentes, quanto às principais variáveis independentes em estudo no quadro I.

Quadro I. Caracterização dos respondentes (%)

Variáveis/Cursos	E-VR	E-BR	E-PO	MED	PEB	EI	SSO	Amostra
Género								
Feminino	82,9	80,8	84,2	76,4	91,2	100	94,1	86,0%
Masculino	17,1	19,2	15,8	23,6	8,8	_	5,9	14,0%
Classes etárias								
17-19 anos	55,6	55,6	48,2	19,4	15,8	25,0	31,7	40,6%
20-22 anos	35,9	38,3	48,8	58,3	57,9	50,0	45,5	46,6%
≥ 23 anos	8,5	6,1	3,0	22,3	24,6	25,0	22,8	12,7%
Não respondente					1,7			0,1%
Residência								
Lugar	7,7	8,1	7,3	1,3	7,0	10,0	4,0	6,6%
Aldeia	35,9	51,5	41,4	13,9	42,2	41,7	50,5	40,5%
Vila	21,4	14,1	15,8	16,7	14,0	5,0	16,8	15,7%
Cidade	35,0	26,3	35,5	68,1	36,8	43,3	28,7	37,2%
Prática Religiosa								
Não Praticante	18,8	11,1	13,3	37,5	8,8	8,3	12,9	15,5%
Pouco Praticante	18,8	14,1	17,7	20,8	14,0	20,0	13,9	17,1%
Praticante Mediano	28,2	31,3	30,0	16,7	40,4	30,0	25,7	28,8%
Bastante Praticante	27,4	34,3	28,2	12,5	28,1	26,7	31,7	27,6%
Muito praticante	6,0	9,2	10,8	12,5	8,7	15,0	15,8	10,9%
Não respondente	0,8							0,1%

- E-VR: Licenciatura em Enfermagem de Vila Real, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real -Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro;
- E-BR: Licenciatura em Enfermagem de Braga, Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian – Universidade do Minho;
- E-PO: Licenciatura em Enfermagem do Porto, Escola Superior de Enfermagem de São João;
- MED: Licenciatura em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto;
- PEB: Licenciatura em 1.º Ciclo do Ensino Básico, Instituo de Estudos da Criança – Universidade do Minho;
- EI: Licenciatura em Educação de Infância, Instituo de Estudos da Criança – Universidade do Minho;
- SSO: Licenciatura em Serviço Social da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa.

O sexo feminino é largamente maioritário na amostra (86,0%) e em todos os cursos, sendo que o curso de EI é exclusivamente frequentado por alunas e o curso de MED é aquele onde a predominância do sexo feminino é menos acentuada. A classe etária predominante é a dos 20-22 anos (46,6%), indicador de uma ligeira supremacia do número de alunos do 4.º ano. A média de idades é de 20,33 anos, a moda os 18 anos e o desvio padrão de 2,289, sendo que os cursos de Enfermagem são frequentados por alunos mais jovens e o curso de PEB e MED por alunos mais velhos. A maioria dos alunos é proveniente da aldeia (40,5%) e considera ter uma prática religiosa "Mediana" (28,8%). Os alunos do curso de MED constituem uma excepção relativamente a estas variáveis, uma vez que a maioria viveu numa cidade e considera-se "Não praticante".

De seguida apresentamos um quadro com a estatística descritiva relativa às três dimensões do conceito EpS estudadas, no total da amostra e diversos cursos (Quadro II).

Quadro II. Estatística descritiva das dimensões do conceito EpS na amostra e diversos cursos

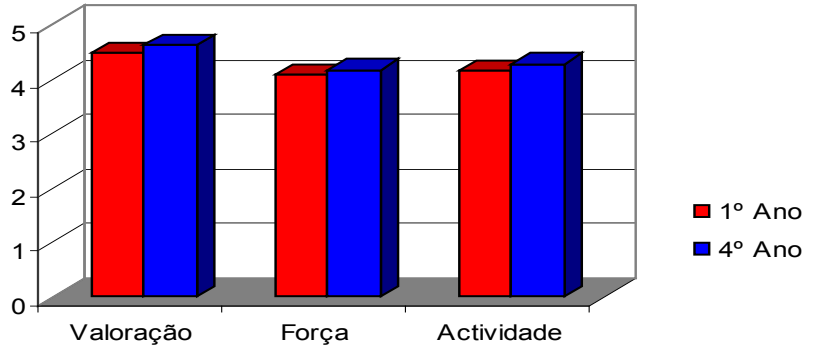
Medidas/Amostra/Cursos		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Amostra	Valoração	708	2,60	5,00	4,5602	0,44973
	Força	707	1,50	5,00	4,1374	0,62039
	Actividade	707	2,00	5,00	4,2253	0,60026
E-VR	Valoração	117	3,00	5,00	4,5949	0,41809
	Força	116	3,00	5,00	4,1796	0,54069
	Actividade	116	2,86	5,00	4,2746	0,50134
E-BR	Valoração	99	3,40	5,00	4,5616	0,38722
	Força	99	2,67	5,00	4,1633	0,61028
	Actividade	99	2,14	5,00	4,1688	0,61542
E-PO	Valoração	203	3,00	5,00	4,5901	0,42624
	Força	203	1,67	5,00	4,1568	0,57917
	Actividade	203	2,71	5,00	4,3075	0,51745
MED	Valoração	72	3,00	5,00	4,5194	0,48372
	Força	72	2,33	5,00	4,1065	0,59753
	Actividade	72	2,71	5,00	4,2103	0,55870
PEB	Valoração	57	3,20	5,00	4,4702	0,50070
	Força	57	2,67	5,00	4,0585	0,72134
	Actividade	57	2,57	5,00	4,0376	0,72669
EI	Valoração	60	3,20	5,00	4,5367	0,46358
	Força	60	3,00	5,00	4,1083	0,60118
	Actividade	60	2,57	5,00	4,1905	0,62001
SSO	Valoração	100	2,60	5,00	4,5520	0,52271
	Força	100	1,50	5,00	4,1083	0,75966
	Actividade	100	2,00	5,00	4,1957	0,75009

No que se refere ao total de alunos participantes, a dimensão "Valoração" é a que apresenta a média mais elevada (4,5602) e o desvio padrão (0,44973) mais reduzido, enquanto a dimensão "Força", tem a média mais baixa (4,1374) e o desvio padrão mais elevado (0,62039) das três dimensões.

O facto da dimensão "Valoração" apresentar a média mais elevada é relevante, uma vez que, no dizer do Colle (1999), esta dimensão explica cerca de 70% do significado atribuído ao conceito. Por conseguinte, esta amostra de alunos atribui muita importância ao conceito EpS.

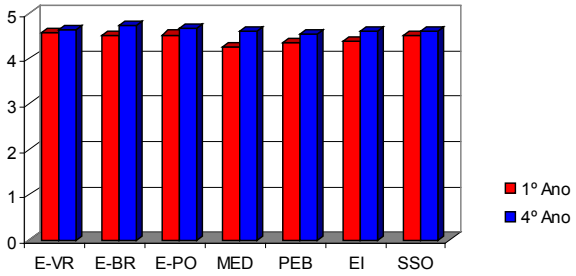
No que diz respeito, à diferença entre as médias das mesmas dimensões, do 1.º e do 4.º ano, no total de alunos da amostra, constata-se que é altamente significativa (t Student: p= 0,000) na sub-escala da dimensão "Valoração" e muito significativa (t Student: p= 0,002) na sub-escala da dimensão "Actividade", com vantagem para o 4.º ano. Assim, na EDS, essa diferença é só parcial, uma vez que na dimensão "Força", não se verificam diferenças significativas (Fig. 2).

Fig. 2. Média das dimensões do conceito EpS dos alunos do 1.º e do 4.º ano no total da amostra



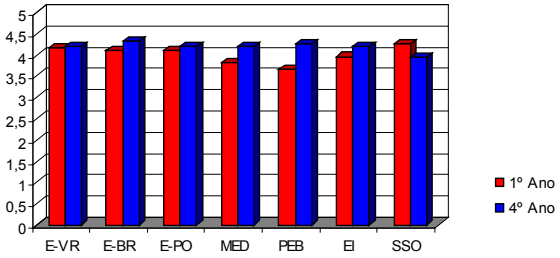
Por sua vez, a nível dos cursos, os alunos que obtiveram a média mais elevada na dimensão "Valoração" (Fig. 3) pertencem ao curso de E-VR, tendo os alunos do curso de PEB obtido a média mais baixa. Os alunos do 4.º ano obtiveram uma média mais alta do que os alunos do 1.º ano em todos os cursos.

Fig. 3. Média da dimensão "Valoração" por curso e ano



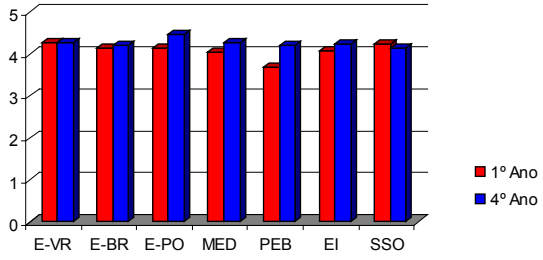
Quanto à dimensão "Força" (Fig. 4), a média mais elevada foi obtida de novo pelos alunos do curso de E-VR e os alunos do curso de PEB mantêm a média mais baixa. Os alunos do 4.º ano obtiveram uma média mais elevada do que os alunos do 1.º ano em todos os cursos, excepto no curso de SSO.

Fig. 4. Média da dimensão "Força" por curso e ano



Por último, na dimensão "Actividade" (Fig. 5), os alunos do curso de E-PO obtiveram a média mais elevada, enquanto que a média mais baixa foi de novo obtida pelos alunos do curso de PEB. Também no caso desta dimensão, apenas no curso de SSO, a média dos alunos do 4.º ano é inferior à dos alunos do 1.º ano.

Fig. 5. Média da dimensão "Actividade" por curso e ano



No que concerne ao curso de E-BR verifica-se que existem diferenças muito significativas (t Student: p= 0,007), entre a média da dimensão "Valoração", obtida pelos

alunos do 1.º e do 4.º ano. Os alunos do 4.º ano têm uma média mais elevada e, por isso, atribuem maior significado a este conceito. Esta constatação é confirmada pela diferença significativa (Kruskal-Wallis: p= 0,032), entre a média da "Valoração" do grupo de alunos que frequentou todas as unidades curriculares (UC), que abordam conteúdos na área da Promoção da saúde/Educação para a saúde (PrS/EpS) e o grupo que frequentou, apenas, alguma dessas UC ou nenhuma delas. O primeiro grupo tem uma média mais elevada e atribui maior valoração. As Figuras 3, 4 e 5 evidenciam estas diferenças.

No curso de E-PO, também se constataram diferenças significativas (t Student: p= 0,025) e altamente significativas (T Student: p= 0,000), respectivamente, na média da dimensão "Valoração" e na dimensão "Actividade", entre os alunos do 1.º ano e do 4.º ano. Em ambos os casos, os alunos do 4.º ano têm uma média mais elevada e, portanto, atribuem maior Valoração e Actividade ao significado do conceito EpS. No caso da dimensão "Actividade", também, se observam diferenças altamente significativas (ANOVA: p= 0,000), entre a média do grupo de alunos, que frequentou todas as UC, que abordaram conteúdos nesta área e os grupos de alunos, que frequentaram, apenas, algumas dessas UC ou nenhuma delas. O primeiro grupo tem uma média mais elevada e atribui maior actividade ao conceito.

Em termos do curso de MED, observaram-se diferenças muito significativas (Mann-Whitney: p= 0,007) e significativas (Mann-Whitney: p= 0,026), respectivamente, entre a média da dimensão "Valoração" e da "Força", dos alunos do 1.º e do 4.º ano. Os alunos do 4.º ano obtiveram médias mais elevadas e atribuem maior Valoração e Força ao conceito EpS do que os alunos do 1.º ano.

Também no curso de PEB se verificaram diferenças muito significativas (Mann-Whitney: p= 0,002) e significativas (Mann-Whitney: p= 0,015), respectivamente, entre a média da "Força" e da "Actividade", dos alunos do 1.º e do 4.º ano. Os alunos do 4.º ano, continuam a ter as médias mais elevadas e atribuem maior Força e Actividade ao conceito. Este resultado é reforçado pelas diferenças altamente significativas (Mann-Whitney: p= 0,001) e significativas (Mann-Whitney: p= 0,011), respectivamente, entre a média da dimensão "Força" e da "Actividade", do grupo de alunos, que frequentou todas as UC, que leccionam conteúdos na área da PrS/EpS e o grupo de alunos que frequentou, apenas, algumas dessas UC. O primeiro grupo obteve média mais elevada e, por isso, atribui maior Força e Actividade ao conceito.

Por último, no curso de SSO, constata-se a única excepção ao padrão descrito anteriormente, dos alunos que frequentam todas as UC, ligadas à PrS/EpS, terem as médias mais elevadas, uma vez que existem diferenças significativas (Kruskal-Wallis: p= 0,033) e muito significativas (Kruskal-Wallis: p= 0,01), respectivamente, entre a média da Força e da Actividade, dos grupos de alunos que frequentaram, apenas, algumas dessas UC e que não frequentaram nenhuma delas e o grupo de alunos que frequentou todas essas UC. Os primeiros dois grupos obtiveram médias mais elevadas do que o grupo de alunos que frequentaram todas as UC. Ou seja, os alunos que frequentaram algumas ou nenhuma dessas UC, atribuem maior Força e Actividade ao conceito EpS. A formação desenvolvida nessas UC, parece não contribuir para aumentar as dimensões atribuídas ao conceito EpS.

Os alunos dos cursos de saúde atribuem maior "Valoração", "Força" e "Actividade" a este conceito do que os alunos de outros cursos, talvez porque sejam mais sensibilizados para este processo, desenvolvam mais competências na experiência prática, nele se assumam geralmente como líderes e, por conseguinte, lhe atribuam maior importância e valor.

No curso de SSO, o facto da formação parecer não contribuir para aumentar as dimensões "Força" e "Actividade" do conceito EpS, pode ficar a dever-se às emoções

negativas associadas às aulas ligadas a este processo e à sua conceptualização.

4. CONCLUSÕES

Após análise dos resultados observamos que os alunos dos cursos de saúde atribuem maior "Valoração", "Força" e "Actividade" ao conceito EpS do que os alunos de outros cursos, uma vez que obtiveram sempre médias mais elevadas nas três dimensões em estudo. No entanto, todos os cursos possuem médias muito altas nas referidas dimensões, o que significa que todos eles atribuem uma "Valoração", "Força" e "Actividade" elevadas ao conceito EpS. Assim, o posicionamento da grande maioria dos alunos dos sete cursos envolvidos no estudo, está mais deslocado para o pólo positivo dos pares de adjectivos, que constituem cada uma das sub-escalas.

Dado que se constataram diferenças significativas entre as médias do 1.º e do 4.º ano (que são sempre superiores no 4.º ano) nas três dimensões nos cursos de E-BR ("Valoração"), E-PO ("Valoração" e "Actividade"), MED ("Valoração") e PEB ("Força" e "Actividade"), a formação parece potenciar a importância destas dimensões de EpS.

No curso de E-VR e EI não é perceptível o efeito da formação, já que não se verificam diferenças significativas entre a média das dimensões do 1.º e do 4.º ano. No caso específico, do curso de E-VR, os seus alunos entram com uma média das dimensões muito elevada, que não se altera significativamente ao longo do curso. Apesar deste plateau elevado, acreditamos que estes alunos ainda terão potencial de crescimento, que é necessário despertar, sobretudo na dimensão "Actividade", ligada à implementação prática da EpS.

Pelo contrário no curso de SSO, constatamos a única excepção ao padrão inicial, uma vez que neste curso, a formação parece não contribuir para aumentar as dimensões "Força" e "Actividade" do conceito EpS, pois a média destas duas dimensões, dos alunos que frequentaram apenas algumas UC ligadas à PrS/EpS ou que não frequentaram nenhuma delas é maior do que a média dos alunos que frequentaram todas aquelas UC. Sugerimos que neste curso se procure conhecer as razões que levaram os alunos, que completaram o processo formativo, a ter uma visão menos positiva e a valorizar menos o conceito EpS, do que os alunos que estão a iniciar o referido processo formativo, para assim os docentes responsáveis pelo processo de ensino-aprendizagem introduzirem as alterações consideradas pertinentes.

Tendo em conta estes resultados perspectiva-se que estes alunos quando ingressarem na prática profissional irão investir bastante do seu esforço em processos de EpS e a tentar dinamizá-los.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, C. (1999). Para a autonomia de opção. *Trajectos e projectos*, 1, 17-21.

Colle, R. (1999). El contenido de los mensajes icónicos (4.º). *Revista Latina de Comunicación Social*, 2. 07-27-2004, http://www.ull.es/publicaciones/latina.

Fortin, M., Grenier, R., & Nadeau, M. (1999). Métodos de colheita de dados. In M. Fortin (Ed.), *O processo de investigação. Da concepção à realização* (pp. 239-265). Camarate: Lusociência.

Hair, J., Black, B., Anderson, R., & Tathan, R. (2005). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice Hall.

Hill, M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Navarro, M. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? (Conceitos e fundamentos para novas práticas). In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda (Orgs.),

Educação para a Saúde (2.ª ed., pp.13-27). Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.

Organização Mundial de Saúde. Bureau Regional da Europa. (1985). *As Metas da Saúde para Todos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento.

Padilla, F., & Haro, M. (2000). Estudios descriptivos. In A. Osuna (Org.), *Salud pública e educación para la salud* (pp. 129-140). Barcelona: Masson.

Parahoo, K. (2006). *Nursing Research. Principles, Process and Issues* (2nd ed.). London: Palgrave Macmillan.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (4.ª ed. rev. e aument.). Lisboa: Edições Sílabo.

Sanmartí, L. S. (1985). Educación sanitaria. Princípios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Ediciones Diaz de Santos.

Vallejo, P. (2002). La evaluación de los valores y de las actitudes. In M. González (Coord. Edit.), *La Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud.* (2.ª ed., pp. 67-88). Madrid: Diaz de Santos.

World Health Organization. Ministério da Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde.

DRAMATERAPIA E SAÚDE PSICOLÓGICA: CONTRIBUTOS NUMA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Lucilia Valente[1]

Resumo

Nesta comunicação pretende-se explorar de que forma a dramaterapia pode ser usada com a finalidade de promover o que na literatura anglo-saxónica se designa por "psychological health"- saúde psicológica- e propor a sua utilização nas práticas de educação para a saúde.

Apesar de ser reconhecida a importância que as expressões artísticas exercem na experiência humana, tem havido muito poucas tentativas para estabelecer e fundamentar em que medida aquelas podem estar ao serviço específico do desenvolvimento da saúde psicológica. A partir de uma investigação realizada na área da dramaterapia (Valente 1991). Defender-se-á a utilização de experiências dramáticas na promoção da saúde psicológica inserindo esta vertente numa área mais ampla do desenvolvimento pessoal e social. Concluiremos a dramaterapia apresenta um enorme potencial em intervenções com crianças e jovens na área da educação para a saúde .

INTRODUÇÃO

Os gregos cedo compreenderam a relação entre corpo e espírito e entre arte e medicina. Encontra-se em Epidauros o teatro grego mais conhecido, símbolo da arte, cultura e educação. Epidauros lembra-nos que as artes, particularmente o teatro e dança, nasceram do instinto natural do homem para existir como um todo em harmonia com o universo, purificando-se, curando-se e lutando para atingir uma unidade integral ao nível físico, intelectual e espiritual. Sabemos que desde os começos da humanidade a expressão artística tem sido utilizada com objectivos "terapêuticos" (Feder, 1984). Exemplos disso são as pinturas encontradas em grutas paleolíticas ilustrando danças como forma de ritual, encantações mágicas, invocações dos espíritos e exorcismos exprimindo medos, tristezas, desespero e alegrias. Embora não exista um saber explícito sobre os rituais usados no paleolítico presume-se que esses povos acreditavam numa energia curativa vinda dos deuses a qual seria estimulada por danças e cantos. Com esse fim exprimir-se-iam através de movimentos rítmicos acompanhados por sons para facilitar o processo de cura.

Para os curandeiros de Asclépio (o deus da cura na Grécia antiga), a criação de beleza e harmonia dentro da própria pessoa era parte integrante do processo terapêutico, no qual a arte e a cura não se encontravam separadas (Koltai,1981) . É este princípio de globalidade e harmonia que as terapias criativas (na quais se integra a dramaterapia que será objecto desta comunicação) estão hoje a tentar recuperar, ou antes, a fazer renascer, na área da psicoterapia.

Foi Aristoteles quem introduziu a teoria da catarse, segundo a qual as emoções são dramatizadas. Muitos séculos depois Moreno (1946) baseando-se na catarse aristotélica, formula a sua teoria conhecida por psicodrama. Desde então o poder terapêutico da actividade dramática tem sido reconhecido como forma de tratamento de diversas situações psicológicas. Como diz Landy (1986), foi com Moreno que a psicoterapia se tornou uma técnica dramática. Moreno desenvolveu não só a noção de improvisação dramática que designou por "teatro terapêutico", mas também formulou as bases da

1. Universidade de Évora. **lucilia.valente@netcabo.pt**

psicoterapia de grupo. Seria difícil conceptualizar a dramaterapia fora do contexto deste trabalho pioneiro.

DRAMATERAPIA

A definição da Associação Britânica de Dramaterapeutas nos anos oitenta, caracteriza a dramaterapia pela aplicação planeada e intencional dos aspectos curativos do drama no processo terapêutico. Na literatura americana é comum a definição de dramaterapia como uma forma de psicoterapia em que o drama é usado como um "médium" criativo. De acordo com Johnson (1982) "a dramaterapia define-se pela intencionalidade do uso do drama criativo com objectivos psicoterapeuticos no sentido de promover uma integração física, emocional e o desenvolvimento pessoal do individuo".

Em 1976 foi criada a associação britânica de dramaterapeutas, a primeira organização formal desta área (no mundo anglo-saxónico) e mais tarde, em 1979, constitui-se a associação americana. Na década passada tanto nos Estados Unidos como na Grã-Bretanha a dramaterapia emergiu como uma profissão tanto no contexto educativo como da saúde mental.

Hoje no Reino Unido já se encontram diversos cursos e pós-graduações e mestrados em funcionamento como em Roenhampton University. Dramaterapia é pois uma área de acção em franco desenvolvimento e que consequentemente se apresenta com um grande potencial tanto em matéria de intervenção, como de investigação (Irwin,1979; Schattner e Courtney,1981).

Em traços gerais, a dramaterapia inclui a utilização de técnicas de role-play, técnicas de improvisação, interacção de grupo, em suma técnicas em que o ênfase está nas actividades dramáticas utilizadas como meio de auto-expressão. A exploração de mitos, lendas e metáforas é considerada por alguns especialistas um aspecto fundamental neste tipo de trabalho (Gersie e King, 1990).

Certamente que uma discussão mais profunda dos termos usados nestas definições implicaria, clarificar por exemplo, o que é que se entende por "terapia" e "terapêutico". Mosley (1987) no seu estudo aponta para a necessidade de fazer esta distinção e avança as definições apresentada por Irwin (1979) e Landy (1986). Segundo Irwin (uma profícua investigadora americana, dramaterapeuta) o termo terapêutico refere-se a "qualquer experiência que ajude o indivíduo a sentir-se mais competente". Para Landy terapia "é uma forma específica de intervenção que produz mudanças intrapsíqicas, interpessoais ou comportamentais" (pag.40).

PSICODRAMA E DRAMATERAPIA

A dramaterapia diferencia-se do psicodrama na medida em que este é altamente estruturado. No psicodrama pretende-se alterar padrões cognitivos através de métodos activos, principalmente o "role play" (Karasu,1984) . Moreno (1946), pai do psicodrama, desenvolveu uma abordagem muito especifica baseada na estrutura do teatro grego a que me referirei mais adiante. A sua técnica envolve: o palco onde se desenrola a acção, o protagonista (cliente) que apresenta o problema ou conflito, o director (terapeuta) que guia o protagonista através da acção, os egos auxiliares que entram na acção como pessoas importantes na vida do cliente e os duplos que representam a voz interna do protagonista. É através da interacção destes participantes que o protagonista explora o seu problema dentro do contexto do grupo. O grupo ou audiência participa no psicodrama através duma identificação com o problema do protagonista.

Enquanto o psicodramatista está confinado a uma estrutura teatral em que existe um director (encenador), actores e audiência, obedecendo o desenvolvimento do psicodrama

"obrigatoriamente" a esta estrutura, o dramaterapeuta não tem de usar uma estrutura teatral, apenas usa esta forma se for apropriado na situação que se apresenta (Langley, 1988).

Pode pois concluir-se que a dramaterapia é mais abrangente envolvendo entre outras, também, técnicas do psicodrama. Neste sentido a dramaterapia é mais flexível mas ao mesmo tempo é uma área muito mais vulnerável e menos bem definida.

Devido a esta flexibilidade, a dramaterapia é uma disciplina muito eclética, apresentando influências várias tanto da área artística como psicológica e terapêutica.

DRAMATERAPIA E EDUCAÇÃO

A dramaterapia desenvolve-se a partir do drama na educação, particularmente do drama de remediação (Remedial Drama). Posteriormente surgiram outras áreas de influênica bastante diversificas tais como antropologia, mitos e rituais, psicologia analítica (particularmente o trabalho de Jung), o que aliás contribui para o referido ecletismo da dramaterapia.

Entre os principais pioneiros encontra-se Peter Slade, criador do 'educational drama' na Grã-Bretanha e autor do "Child Drama" (1954). Foi Peter Slade quem primeiro juntou as palavra drama e terapia (1956). Em 1973, Sue Jennings publicou 'Remedial Drama' e Richard Courtney , um profícuo escritor na área do drama na educação, autor duma obra fundamental Play, Drama and Thought (1974), editou em 1982 em conjunto com Gertrud Schattner, a primeira antologia de artigos sobre dramaterapia intitulada Drama-in-Therapy.

Igualmente relevante foi o trabalho de Brian Way (1969) e Winifred Ward (1957) na medida em que nas suas obras se dá maior ênfase ao processo da expressão dramática do que ao produto final, e essa é também a grande tónica em dramaterapia. As técnicas de improvisação e jogos dramáticos desenvolvidas por Viola Spolin (1963) foram também um contributo importante.

Mas grande arquitecta da dramaterapia na Grã-Bretanha foi Sue Jennings, envolvida na criação do que inicialmente se chamou "Remedial Drama group" (1962) e depois "Dramatherapy Centre" e que mais tarde evoluiu para "Dramatherapy consultants". Criou a associação de dramaterapia tendo fundado mais tarde o Instituto de Dramaterapia (1989). Hoje tem o seu próprio Centro Rwoan centre.

Embora a expressão dramática ("educational drama" na Grã-Bretanha e "creative dramatics" nos E. U. A , ver Ward (1957) possa ser terapêutica - a um determinado nível toda a arte é terapêutica, a grande diferença entre a dramaterapia está em que na expressão dramática o aspecto terapêutico pode ser apenas acidental, enquanto na dramaterapia é planeado. Na dramaterapia com propósitos mais clínicos, a primeira fase do processo passa pela identificação dum determinado problema ou problemas e a partir daí estabelecem-se os objectivos terapêuticos a atingir num determinado período de tempo. A situação terapêutica implica a formulação de um contrato com o cliente. Com determinadas populações (deficientes, crianças) há como que um contrato implícito do terapeuta com o professor ou os pais.

DRAMATERAPIA E SAÚDE PSICOLÓGICA

A vertente que mais tem despertado o meu interesse é o campo do desenvolvimento pessoal e social através do drama e, muito em particular, o contributo do dramaterapia para desenvolver o que tenho vindo a designar em várias das nossas publicações por saúde psicológica (ver por exemplo Valente e Fontana,1997).

Para saúde psicológica adoptámos uma definição de Freud (1957) que considerava que a pessoa psicologicamente saudável manifestava a capacidade de trabalhar e amar; a esta definição Allport (1961), um dos pais da psicologia humanística, juntou uma terceira variável, a capacidade de jogar. Fontana e Valente (1991) acrescentaram a estas três dimensões uma quarta ligada à espiritualidade, a capacidade do indivíduo de estar em contacto e apreciar a qualidade numinosa da vida , o que está para além do material que, entre outras formas de manifestação, se expressa no belo e no misterioso das artes e na grande literatura...Esta capacidade está relacionada com as *peak experiences* e a uma filosofia de vida unificadora referidas tanto por Maslow (1943, 1994) como Allport(1961) e a um nível mais profundo também implica a capacidade de ser grato pela dádiva da vida (a variável que Maslow refere como apreciação a vida). Esta gratidão reflecte-se numa atitude de optimismo e positividade em relação à vida e a capacidade de saber perspectivar os desafios que ela coloca.

É de salientar que na maioria das vezes estas quatro áreas -a capacidade de amar, trabalhar, jogar e ligar-se ao numinoso- implicam a capacidade de *comunicar* e *partilhar* com os outros emoções, sentimentos, necessidades, informações, ideias, estima, expectativas informações, ideias, interesses e conhecimentos. Na maioria das vezes partilhar pode definir e engrandecer as experiências cognitivas ou afectivas tornando-as parte do viver social. Alem disso a comunicação seja ela uma expressão verbal, táctil, corporal ou visual reafirma a humanidade de cada indivíduo, é um convite a uma resposta do outro, uma resposta que pode ser educativa, provocativa, apaziguadora, estimulante, divertida. A capacidade de comunicar com níveis psicologicamente saudáveis do seu ser possibilita ao individuo servir com um exemplo válido e desse modo modificar e melhorar a textura da vida social e cultural.(Nesta dimensão do *comunicar* e *partilhar* a dramaterapia oferece um conjunto de técnicas e estratégias de grande eficácia tanto em termos individuais como grupais).

A tentativa de Freud em definir saúde psicologia foi uma iniciativa valiosa ao demonstrar que, o que à primeira vista parece imponderável pode realmente ser apresentado em termos psicologicamente objectivos. No entanto, foi Maslow e não Freud quem mais claramente está associado a tentativas de definir saúde psicológica.

No contexto da sua investigação Maslow (1970) entrevistou individualmente uma amostra de homens e mulheres considerados pelos seus pares como psicologicamente maduros. Os resultados mostram que essas pessoas parecem ter atingido um estado que ele designou de auto-realização, que indicava que tinham atingido grande parte do seu potencial humano total (Jung teria considerado que eles estavam em pleno contacto com todas as suas funções psicológicas, em vez de viverem numa parte restritiva do seu ser interior). Segundo Maslow essas pessoas, auto-realizadas são geralmente perceptivas, emocionalmente abertas, naturais e espontâneas e centradas no problema em vez de serem centradas no eu. Manifestam ainda satisfação com a sua própria companhia, são autónomas, (isto é independentes e não sob o controle dos acontecimentos dos acontecimentos ou das outras pessoas), mostram aceitação do seu eu e dos outros (em vez de serem super criticas e julgadoras), são apreciadoras da vida, capazes de relações profundas, têm sentido de humor, são criativas, respeitam regras éticas, são orientadas para os objectivos, têm atitudes democráticas e consistentes. Mas a verdade é que Maslow descobriu que as pessoas auto-realizadas também têm imperfeições algumas das quais paradoxalmente emergem dos seus pontos fortes. Por exemplo, a sua independência e orientação para o objectivo pode fazê-las parecer demasiado rudes e anti-sociais, enquanto a sua compaixão pode levá-las a ficarem muito com envolvidas com pessoas neuróticas e muito exigentes. Por outro lado vivem livres de culpa, ansiedades, tristeza, auto-culpa e conflitos que a restante raça humana sofre. Mas a diferença no seu caso é que os seus estados de alma estão mais relacionados com uma avaliação realista dos eventos da vida

do que ao imaginário ou problemas exagerados.

Maslow também fez notar que a o sua amostra de pessoas auto-realizadas mencionava muitas vezes terem vivenciado o que ele designou por experiências pico (peak experiences) . São momentos de êxtase e espanto e ao mesmo tempo de um temor respeitoso em que se sente que de certa forma se está fora do tempo e do espaço, experimentando-se horizontes ilimitados em que a certeza que algo de transformador e extraordinário aconteceu o que dá uma força especial à vida. Estes momentos parece que se assemelham às experiências místicas e estão muitas vezes associados com uma compreensão espiritual e filosófica, com um fruir artístico ou inspiração e com sentimentos de auto-transcendência e de unidade e amor universais.

Allport (1961) num outro estudo clássico reconheceu que poucas pessoas atingem este estado de auto-realizaçao total e por isso propôs o termo d *personalidade madura* para designar aqueles indivíduos cujo desenvolvimento psicológico vai nesta direcção. Algumas das qualidades identificadas nesse tipo de pessoas são consistência, um sentido ampliado do eu (o que faz que a pessoa cuide tanto do outro como de si mesma), uma avaliação realista (o que permite que o individuo saiba julgar pessoas e acontecimentos), auto-compreensão, sentido de humor (que permite que a pessoa seja capaz de rir de si mesma), e uma filosofia unificadora da vida (que dá sentido e propósito à sua existência).

DRAMATERAPIA E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Pode parecer que estes são objectivos demasiado grandiosos para a dramaterapia ou outras formas de psicoterapia pois que as pessoas normalmente quando procuram esta forma de apoio esperam no geral respostas para aspectos específicos das suas necessidades e não ficam na terapia um período suficientemente longo para completar esta longa jornada para uma realização plena de um ser humano. Mas a dramaterapia com o seu largo espectro de estratégias e abordagens tem a possibilidade de ser facilitdora deste bem estar mental, uma das componentes da definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde segundo a qual A saúde é um conceito positivo, um recurso quotidiano que implica "*um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade* (OMS, 1993). Dentro desta perspectiva o conceito de saúde psicológica já mencionado apresenta-se como uma dimensão possível a integrar um programa de Educação para a Saúde. A dramaterapia usada no contexto da educação para a saúde deve assenta num pilar essencial – o autoconhecimento considerado em duas dimensões, a relação consigo próprio e a relação com o outro (Valente, 1995, 1999) . É na junção das vertentes psicológica, terapêutica e dramática que reside o aspecto inovador na utilização da dramaterapia na educação para a saúde.

A dramaterapia permite que a criança, jovem ou adulto liberte e expresse emoções que até aí lhe eram negadas ou estavam reprimidas mas também permite compreender e experimentar novas atitudes e comportamentos. Uma das características reconhecidas pelos psicólogos é a natureza experimental das actuações da criança. À medida que a criança cresce, abandona uma identidade e substitui-a por outra. Este comportamento experimental, -tentar um papel ou actuação- prossegue ao longo da vida da criança e até mesmo na vida adulta. Através da dramaterapia não se pretende passar da realidade para a fantasia mas criar uma outra realidade . Numa linguagem psicológica isto significa que a criança ou jovem deverá ser ajudado a transitar para outra representação da realidade, isto é a não escapar para o mundo do "faz de conta" mas a reescrever mas realisticamente o que Ellis (1973) designaria por *"life – script*", ou seja, a usar a sua capacidade imaginativa para conceber e representar um novo conjunto de papéis, ou para representar papéis já existentes mas com outra compreensão do seu significado e implicação.

A Dramaterapia pode ser usada para ajudar as crianças e jovens a "*jogar"* com os standards e os conceitos da sociedade, qualquer que seja a seriedade ou o carácter sagrado desta, considerando tanto o nível mais pessoal dos seus mundos com preocupações mais imediatas, como ao nível mais alargado da sociedade e da sua cultura (Valente, 2005).

Drama significa acção e esta é a grande ferramente da dramaterapia. Ao permitir uma vivência activa, a dramaterapia é um instrumento de excelência na educação de crianças e jovens possibilitando-lhes a vivência de atitude e valores positivos. Na língua inglesa a palavra jogar, "play" é também utilizada para designar o texto dramático. "Play" significa brincar, gozar, desafiar procurando uma nova fórmula e não seguir os meios ortodoxos de fazer as coisas. Uma nova fórmula que poderá atender aos pressupostos do próprio programa do ministério da educação que realça que: "Em contexto escolar, Educar para a Saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao tal *bem-estar físico, social e mental"*.

BIBLIOGRAFIA

Allport , G. W. (1961) *Pattern and Growth in Personality*. London e New York:Holt, Rinehart & Winston.

Courtney, R. (1974) *Play Drama and Thouqht*. London: Cassell

Ellis, A. (1973) *Humanistic Psychotherapy: The Rational Emotive Approach*. New York: Julian Press.

Feder, e Feder, B. (1981). *The Expressive Arts Therapies*. New York: Prentice- Hall

Fontana, D. & Valente, L. (1991) Drama as pre-therapy: a perspective from psychology and drama-therapy. *Speech and Drama*, 40, 1, 35-40.

FREUD, S. (1957) *Two short Accounts of Psychoanalysis*. Harmondsworth UK: Penguin.

Gersie, A. and King N. (1990) *Storymaking in Education and Therapy*. London: Jessicq Kingsley Publishers.

Irwin, E. (1979) Dramatherapy with the handicapped. In A.Shaw & C. Stevens (eds) *Drama, Theatre and the Handicapped*. Washington D.C: American Theatre Association

Jennings, S. (1984) *Remedial Drama* (rev. ed.). London: Adam and Charles Black.

Jennings,S. (1986) Dramatherapy, in L. Burr (ed) *Therapy through Movement* . Nottingham: Rehab Limited.

Johnson D.R. (1982) Developmental Approaches in Dramatherapy, *The Arts in Psychotherapy*, 9, pp 183-189.

Karasu, T. B. (ed) (1984) *The Psychiatric Therapies*. Washington D.C: American Psychotherapy Association.

Koltai, J.(1981) Movement drama and therapy, in G. Schattner and R. Courtney (eds.) *Drama in Therapy*, Vol.2 . New York: Drama Book Specialists.

Landy, R.(1986) *Dramatherapy*. Illinois: Charles C Thomas

Langley, D.(1988) *The relationship between dramatherapy and psychodrama*. Conference paper Dramatherapy: the State of the Art Hertfordshire College of Art and Design.

MASLOW, A. H. (1962) *Toward a Psychology of Being*.f Princeton: Van Nostrand.

MASLOW, A. H. (1970) *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.

MASLOW, A.H . (1994). *La Personalidad Creadora*. Barcelona: Editorial Kairós.

Moreno,J.L. (1946) Psychodrama. Vol 1. New York: Beacon House.

Mosley,J.(1987) Dramatherapy in Education, Unpublished Master of Education Thesis, University of Bristol.

Schattner, G. and Courtney R. (1981) (ed*) Drama in Therapy*. New York: Drama Book Specialists (2vols).

Slade P.(1954) *Child Drama*. U.K.:University of London Press.

Slade, P.(1959) *Dramatherapy as an Aid to Becoming a Person*. Guild Lecture No.103. U.K.: The Guild of Pastoral Psychology.

Spolin,V.(1963) *Improvisation for Theatre*. North Western University : Press Illinois.

Wagner, B. J. (1979) - *Drama Dorothy Heathcoate as a Learning Médium*. London: Hutchinson.

Ward, W. (1957) *Playmaking with Children.* New York: Appleton.

Way B.(1967) *Development through Drama*. London: Longman.

Valente, L. (1991) *Therapeutic rDrama and Psychological Health: An Examination of Theory and Pactice in Dramatherapy*. Unpublished Ph.D Thesis, University of Cardiff,Uk.

Valente, L. (1995) *Dramaterapia: Aspectos Relevantes na Formação de Professores e Educadores*. In Actas da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação - Ciências da Educação: Investigação e Acção, vol.2, 401-411.

Valente, L. (1999)Formação e Transformação: Perspectivas de uma "Educação para o Ser" Através da Expressões Artísticas. In *Actas do 4.º Congresso da SPCE*, Aveiro.

Valente, L.& Fontana, D. (1997). Assessing client progress in dramatherapy . In s. Jennings (ed.) *Dramatherapy theory and practice 3*. London: Routledge

Valente, L. (2005), As expressões artísticas na educação como processo pré-terapêutico, *Itinerários*, 2.ª série, n.º1,109-114

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO ENSINO SUPERIOR – UM EXEMPLO DE BOAS PRÁTICAS

Fátima Marques[1], Cristina Baixinho[2] & Adélia Casaleiro Alves[3]

Resumo

Durante o Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa um dos trabalhos desenvolvidos, na área da pedagogia, possibilitou aos formandos a construção de um projecto de formação em serviço em Mecânica Corporal. Este tinha como finalidade desenvolver competências nos profissionais de saúde para a promoção e adopção de posturas corporais correctas, durante a prestação de cuidados às pessoas internadas em serviços hospitalares.

Um desses projectos, aplicados na instituição de uma das formandas, foi inicialmente realizado num serviço de medicina, e encontra-se agora em fase de implementação a toda a restante instituição.

Palavras-chave

Educação para a saúde; mecânica corporal; prevenção de lesões músculo-esqueléticas.

A FORMAÇÃO ACADÉMICA COMO VECTOR DE MUDANÇA…

"A maior parte das gaivotas não se querem incomodar a aprender mais que os rudimentos do voo (...) Para esta gaivota, no entanto, o importante não era comer, mas voar."

In Fernão Capelo Gaivota; Richard Bach

As finalidades do ensino superior de estimular o desenvolvimento do espírito científico, do pensamento reflexivo e da criação cultural[4], consequentemente relacionado com uma aprendizagem emancipatória, emergiu como um dos objectivo a alcançar no Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CPLEER). Nesse âmbito, preconizou-se o estudante como um dos actores na formação e que esta atendesse às suas necessidades de aprendizagem. E o professor, como elemento coadjuvante da formação, tendo sempre em conta a globalidade da pessoa do estudante e a sua relação com o mundo. Na formação tornou-se então uma preocupação central a criação de dispositivos que interligassem diferentes modos de ensino e que promovessem o desenvolvimento de várias competências, permitindo ao estudante uma crescente capacidade de intervenção sobre si e sobre o seu trabalho.

O ensino é, simultaneamente, um processo cognitivo e um processo cultural. O CPLEER deve formar enfermeiros de reabilitação que, além de saberem aplicar um corpo de conhecimentos técnicos em presença de sinais, de normas, consigam descobrir, reconhecer situações e procurar com as pessoas o que para elas pode ter sentido. E

1. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Mestre em Ciências da Educação, Especialista em Enfermagem de Reabilitação. **fmarques@esear.pt**
2. Equiparada a Assistente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Mestre em Saúde Escolar, Curso de Pós- Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação. **crbaixinho@esear.pt**
3. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Centro Hospitalar de Torres Vedras. **adelia.mca@iol.pt**
4. Lei n.º 46, de 14 de Outubro de 1986.

também procurar que aprendam a pensar no que fazem e como o fazem de modo a que a reflexão sobre as situações práticas lhes proporcionem o enquadramento e a resolução dos problemas *in loco.*

Na vigência da pedagogia da teoria crítica, a equipa pedagógica de enfermagem elaborou o seu currículo, no qual se destaca a estreita relação do processo de formação com o processo de trabalho em saúde (da enfermagem e do enfermeiro de reabilitação), cuja prática deve responder às necessidades de saúde da população.

Uma das alterações que esta formação originou foi o de substituir o papel passivo do estudante por uma participação activa num trabalho colectivo de elaboração de um projecto e, consequentemente, construir novas competências. Este contrato permitiu ao estudante errar e tomar consciência das suas formas de aprender, através de um exercício constante de metacognição e de metacomunicação, ou seja, tornar-se num prático reflexivo, promovendo as capacidades intelectuais e as competências para a investigação, avaliação crítica do exercício profissional e dos planos de acção de formação nos serviços.

Este enfoque tornou-se possível através da utilização da experiência desenvolvida pelos enfermeiros/estudantes, com a aplicação de uma alternativa de ensino que os capacitava para o exercício da função de educador/formador.

Foi então criada uma situação-problema de como elaborar um *"Projecto de Formação em Serviço sobre Mecânica Corporal"* para ser considerada como situação de aprendizagem implicando, por parte do estudante, um conjunto de decisões tomadas para alcançar um objectivo que ele seleccionou ou que lhe foi proposto. Este plano de formação esteve organizado em torno da superação de um obstáculo, uma resistência suficiente que levasse o estudante a investir os seus conhecimentos anteriores, disponíveis, bem como as suas representações, de forma a que promovesse um questionamento e a elaboração de novos conhecimentos.

É comum um investimento na formação em serviço direccionado para a melhoria da prestação de cuidados às pessoas assistidas, não sendo prática corrente formação para melhorar a própria saúde dos profissionais, no entanto, é nosso crer que os locais de trabalho deveriam ser espaços e tempos de excelência para essa promoção e para a adopção de estilos de vida saudáveis e comportamentos seguros.

Pode-se e deve-se fomentar a opção por um estilo de vida que promova a saúde individual e colectiva no local de trabalho. Nas Instituições de saúde esta torna-se mais peremptória, porque existem profissionais qualificados para o fazer.

A formação em mecânica corporal, durante a especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi o motor de consciencialização da necessidade de se desenvolverem estratégias para a prevenção das lesões músculo-esqueléticas junto dos profissionais de saúde, nomeadamente das lombalgias de esforço.

Assim nasce e cresce um projecto para a capacitação dos profissionais de saúde para a sua saúde individual, mais concretamente para a prevenção das lesões músculo esqueléticas.

Da Formação Académica aos Profissionais de Saúde em Contexto de Trabalho…

> *"Não está muito longe o tempo que aparecerei na tua praia e te ensinarei uma ou duas coisas acerca do voo."*
>
> *In Fernão Capelo Gaivota; Richard Bach*

No âmbito do trabalho académico realizado durante o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, é feito um estudo exploratório de natureza quantitativa com a finalidade de caracterizar as lesões músculo-esqueléticas dos

profissionais dos serviços de medicina e ortopedia do Centro Hospitalar de Torres Vedras e os factores de risco, bem como identificar as necessidades de formação desta população, durante o segundo trimestre de 2006.

A análise dos resultados permitiu identificar que cerca de 90% da população em estudo referia dorsolombalgias, raramente pensava na forma como posicionava o corpo durante a prestação de cuidados, adoptando continuamente posturas incorrectas, mesmo de pé e em repouso, muitas vezes as costas não estavam direitas, a cabeça estava inclinada longos períodos para a frente ou para os lados, braços em extensão ou em flexão, com cotovelos em extensão, flexão lombar, joelhos em extensão e pés mal apoiados. Na posição de sentado os joelhos ficavam ao nível das ancas ou mais baixo sentavam-se, constantemente, com a coluna desalinhada, em torção.

A região anatómica mais lesada era a cervical, sendo que 37% da população referia lesões em mais do que um local. Destes 15, 7% já tinha estado incapacitado de trabalhar, pelo menos, uma vez. Os profissionais referiram a necessidade de formação em mecânica corporal, as ajudas técnicas e o exercício físico como medidas importantes para a prevenção das dorsolombalgias.

Nesta linha de pensamento qualquer formação efectuada sobre mecânica corporal teria de ser inserida num contexto mais amplo que será o da promoção da saúde da equipa, até pela necessidade de construção de uma ponte que para alargar horizontes no sentido da promoção da saúde no local de trabalho e na criação de ambientes saudáveis.

Como partida para a formação em mecânica corporal e prevenção de dorso-lombalgias considerou-se:

- 1 - a necessidade de desenvolvimento de capacidades individuais (o que pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação e dos conhecimentos sobre posturas correctas e incorrectas) e de grupo, para a adopção de comportamentos positivos e para lidar com os desafios do dia-a-dia, controlando e dirigindo a actividade para a adopção de uma boa biomecânica e contribuindo para as alterações no ambiente, que facilitem os movimentos e o desenrolar das diferentes actividades;

- 2 - o plano de actividades anual dos serviços deveriam fazer referência e ter objectivos específicos neste âmbito. A instituição e os seus decisores de topo devem ser consciencializados para esta problemática, para que, também eles desenvolvam "politicas institucionais" promotoras da saúde dos seus colaboradores. Saúde e equidade deverão constar da agenda de todos os decisores, que deverão apoiar a criação de ambientes facilitadores de escolhas saudáveis (em consonância com as directrizes da Carta de Otawa)

- 3 - a necessidade de reorganização dos espaços, por forma a criar um ambiente mais saudável que proteja as pessoas das ameaças à saúde e propiciem o desenvolvimento das suas capacidades.

- 4 - a reorientação dos serviços de saúde ocupacional para uma preocupação mais incisiva com a prevenção das lesões músculo-esqueléticas e não só com a sua reabilitação.

FORMAR PARA A PROMOÇÃO DA "SAÚDE POSTURAL"…

"Esta maneira de voar esteve sempre ao alcance de quem a quisesse descobrir. Não tem nada a ver com o tempo. Talvez estejamos à frente da moda. à frente da forma como a maior parte das gaivotas voam."

In Fernão Capelo Gaivota; Richard Bach

Na continuidade do trabalho iniciado e na impossibilidade de se abrangerem todos os serviços, este projecto começou no Serviço de Medicina – Unidade A.

Desde 2007 que a temática Prevenção de lesões musculo esqueléticas tem vindo a ser considerada prioritária, tem-se investido na adopção de medidas preventivas, não só com o intuito de prevenir mas também de minimizar a gravidade de lesões músculo-esqueléticas contraídas por parte dos profissionais de saúde.

As medidas preventivas adoptadas inserem-se sobretudo nas seguintes áreas:

- Formação dos profissionais de saúde;
- Promoção de saúde aos profissionais de saúde;
- Equipamentos de trabalho;
- Organização de trabalho.

No que respeita à **formação dos profissionais** de saúde foram realizadas em 2007 e 2008 Acções de Formação sobre prevenção das lesões músculo esqueléticas. Acções resultantes de uma parceria efectuada entre o Centro Hospitalar de Torres Vedras e a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Pólo Artur Ravara, tendo os formadores sido constituídos por um elemento da Serviço (enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação) e um elemento docente. Formações que tiveram uma adesão na ordem dos 95% do pessoal de saúde do Serviço (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e auxiliares de acção médica) e uma afluência significativa de profissionais de outros serviços do Centro Hospitalar, o que é demonstrativo da pertinência da temática. De referir o facto de estas Acções de Formação terem tido um efeito manifestamente positivo na organização de trabalho do pessoal de enfermagem e auxiliar, nomeadamente no que concerne à mecânica corporal adoptada e à avaliação da necessidade de ajuda aquando da realização das actividades – transferências, posicionamentos e mobilizações dos utentes.

Estas Acções de formação, para além da informação, formação e reflexão proporcionada constituíram um ponto de partida para iniciativas que serão referenciadas seguidamente e que se revelaram benéficas para os profissionais quer no que se concerne à prevenção das lesões músculo-esqueléticas quer no que concerne ás relações interpessoais, traduzindo-se indubitavelmente numa mais-valia.

No que respeita á promoção de saúde aos profissionais de saúde foram iniciadas no serviço, já em 2008, sessões quinzenais de exercício físico em grupo. Estas sessões são destinadas aos profissionais do serviço, tendo até ao momento sido frequentadas por enfermeiros, auxiliares de acção médicas e fisioterapeutas, tendo-se também nestas sessões verificado uma parceria com o serviço de fisioterapia do CHTV que disponibilizou uma fisioterapeuta para conduzir as sessões. Para além dos exercícios de relaxamento e fortalecimento muscular, (lombares, glúteos e abdominais) estas sessões proporcionam o convívio e fomentam a relação saudável entre os vários membros da equipa.

Para além das sessões de exercício físico iniciaram-se também em 2008, organizados pela equipa de enfermagem, **passeios pedestres**, tendo sido realizados no primeiro semestre dois passeios. A adesão dos profissionais tem superado as expectativas, tendo aderido a esta iniciativa cerca de 90% da equipa de enfermagem, 70% da equipa de

auxiliares, assistente social, fisioterapeutas e secretária de unidade.

Sem dúvida, qualquer uma destas iniciativas promove a saúde dos profissionais, quer a nível físico, psicológico e relacional, o que se traduz indubitavelmente numa maior satisfação dos profissionais no local de trabalho e também na forma de trabalhar e nos resultados obtidos.

Relativamente aos **equipamentos de trabalho** foram também desenvolvidos esforços de forma a tornar a sua existência uma realidade. Neste âmbito, foram adquiridos um elevador eléctrico e tábuas de transferência - equipamentos muito valorizados, atendendo também à inexistência anterior, e muito utilizados pela equipa sempre que a situação o exija.

No que respeita à **organização de trabalho,** nomeadamente nas situações em que o serviço exige períodos de trabalho mais prolongados é frequentemente recomendado à equipa que efectue um período de pausa de forma a reduzir a fadiga.

Atendendo à satisfação profissional possibilitada por este projecto e resultados obtidos, estou certa de que a sua generalização ao CHTV seria importante. Propôs-se, mantendo a parceria com a ESEL, efectuar 2 Acções de Formação anuais referentes à Prevenção das lesões músculo-esqueléticas, para monitorizar comportamentos e validar a formação esta dirigida aos novos profissionais do centro hospitalar, pretende-se igualmente realizar formação a todos os novos profissionais admitidos, nos primeiros seis meses de actividade profissional.

> *"Podemos sair da ignorância, podemos ser criaturas perfeitas, inteligentes e hábeis. Podemos ser livres! Podemos aprender a voar!"*
>
> *In Fernão Capelo Gaivota; Richard Bach*

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PELOS PARES. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO ACADÉMICO

Anabela Pereira[1], Elisa Decq Motta[2], Carolina Pinto[2], Olga Bernardino[2], Ana Carvalhal de Melo[2], Joana Ferreira[2] & Maria João Rodrigues[2]

Resumo

O presente trabalho visa apresentar as principais linhas orientadoras e alguns dados ilustrativos da aplicação de um modelo de intervenção na promoção da saúde em contexto académico. Consolidado nos modelos de educação pelos pares, o sucesso desta intervenção, assente em metodologias de investigação-acção, privilegia uma estrutura que compreende formação básica, contínua e de supervisão, promovendo a intervenção directa e específica nos problemas mais frequentes dos alunos a nível do controlo do stresse, comportamentos depressivos, aptidões sociais, prevenção de comportamentos sexuais de risco e mudança para comportamentos saudáveis.

São retiradas implicações deste modelo para a integração de uma perspectiva holística da saúde e bem-estar nos programas de formação em contexto académico.

Palavras-chave

Peer counselling; educação para a saúde; contexto académico.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PELOS PARES

Considerando a perspectiva positiva de promoção da saúde defendida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1985,1986) que considera que a saúde deve ser interpretada no seu sentido mais amplo, abrangendo o bem-estar físico, social e emocional, encarada como um recurso para o dia-a-dia e não apenas como a ausência de doença, as intervenções para a promoção da saúde têm enfatizado uma abordagem mais abrangente, a nível social e ambiental, no sentido da mudança para comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Neste contexto, os desenvolvimentos do conceito de educação pelos pares têm permitido a estruturação de intervenções no âmbito da promoção da saúde mais adequadas e eficazes, por permitirem abarcar, não só o nível individual, como também o nível comunitário.

A educação pelos pares é um processo através do qual um grupo de pares (minoria) tenta informar e levar a que a maioria altere os seus comportamentos e atitudes, com o objectivo de incutir a mudança para estilos de vida saudável (Pereira, 2005). No âmbito da promoção da saúde diz respeito ao processo através do qual indivíduos bem treinados e motivados desenvolvem actividades educacionais informais ou organizadas, com o objectivo de desenvolver conhecimentos, atitudes, crenças e competências nos seus pares, de forma a capacitá-los para protegerem a sua saúde e a das comunidades onde estão inseridos (Dias, 2006).

Consolidada nos pressupostos teóricos da participação de indivíduos e grupos, na mobilização da comunidade e no *empowerment*, a educação pelos pares vem responder às necessidades de responsabilização e partilha do processo de educação para a saúde

1. Departamento de Ciências da Educação - Universidade de Aveiro. **anabelapereira@ua.pt**
2. Gabinete de Aconselhamento Psicopedagógico dos Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra. **gap@sas.uc.pt**

(Rodrigues et. al., 2005), bem como de desenvolvimento pessoal dos indivíduos a nível das competências de decisão, dos sistemas de ajuda e de relacionamento pessoal (Egan, 1984), e das aptidões para lidar eficazmente com situações difíceis, indutoras de stresse (Maslach, 1982; Pereira, 1997; Ellis et al., 1997), procurando influenciar positivamente a adopção de comportamentos saudáveis. A educação para a saúde pelos pares vem igualmente colmatar a lacuna dos modelos educativos apoiados em sistemas verticais descendentes de ensino/aprendizagem ou de aconselhamento, permitindo adaptar as intervenções aos grupos-alvo, bem como atribuir significado às mensagens que passam a circular em grupos socialmente congruentes.

De facto, a educação para a saúde pelos pares permite integrar, não só o nível individual, pela mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos e o desenvolvimento pessoal e de *empowerment* através do treino de competências emocionais, cognitivas e comportamentais, como também o nível comunitário e social, pelo desenvolvimento de redes de suporte, melhoria do acesso a estruturas e recursos, modificação de normas sociais e participação activa da comunidade.

Os modelos de educação para a saúde pelos pares têm sido aplicados em vários contextos, operacionalizados através de sistemas mais formais (como escolas, universidades ou espaços laborais), ou mais informais (associações, organizações não governamentais, movimentos sociais, entre outros). Em Portugal e em contexto académico, a educação para a saúde pelos pares tem merecido algum destaque, identificando-se projectos de investigação e de intervenção neste domínio, tanto em Universidades como em Politécnicos (Pereira, 2005).

Estes modelos de intervenção na promoção da saúde apresentam bastantes vantagens, mas também algumas limitações. Como vantagens desta estratégia, as investigações na área identificam o facto de facilitarem o processo de transmissão e compreensão da informação (Green, 2001); o desenvolvimento de estratégias de motivação para a mudança comportamental (Turner & Shepherd, 1999); a promoção de aprendizagens mais sustentadas no tempo; o facto de os educadores de pares poderem ser modelos de influência positiva e ajudar a criar e reforçar normas sociais que apoiam a mudança comportamental, ao mesmo tempo que podem oferecer apoio emocional e social (Pinto et al., 2003); o facto de serem menos dispendiosas por assentarem no voluntariado de pares (UNESCO, 2003), bem como promoverem o processo de *empowerment* de indivíduos e comunidades (Rodrigues, et al., 2005). Por seu lado, as limitações da estratégia prendem-se com a pouca clarificação dos conceitos que lhe subjazem, a par das dificuldades no desenvolvimento dos projectos de educação pelos pares, concretamente ao nível da sua avaliação e formação, treino e supervisão dos educadores.

No sentido de colmatar essas limitações é necessário um bom planeamento dos projectos de educação para a saúde pelos pares, respeitando todas as fases indicadas como essenciais para o seu funcionamento eficaz, concretamente: a análise da situação e avaliação das necessidades; a definição de metas, objectivos e grupo-alvo; o desenvolvimento do plano e estratégias de acção; a implementação do projecto; a selecção e recrutamento dos educadores de pares; a sua formação e treino, supervisão e apoio; a permanência dos educadores de pares e a avaliação dos projectos, bem como a sua sustentabilidade (Dias, 2006).

Atendendo aos pressupostos teóricos dos modelos de educação para a saúde pelos pares propomos, neste artigo, lançar as bases para a discussão da eficácia de um programa de educação para a saúde pelos pares, desenvolvido no contexto da actuação do Gabinete de Aconselhamento Psicopedagógicos dos Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra (GAP-SASUC), que tem vindo a ser aperfeiçoado ao longo dos nove anos de experiência deste Gabinete, apresentando, para tal, as principais linhas orientadoras deste

modelo de intervenção, a par de alguns dados ilustrativos da aplicação deste modelo em contexto académico.

DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO DE INTERVENÇÃO

O modelo de educação pelos pares desenvolvido pelo GAP-SASUC foi implementado, a título experimental, em 1999, envolvendo alunos de uma residência universitária, tendo sido, posteriormente, alargado a todas as residências pertencentes aos Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra (Pereira, 1998).

Decorrente da preocupação manifestada com o insucesso escolar no Ensino Superior, e atendendo ao facto de o sucesso académico depender mais da maturidade psicológica dos estudantes do que das suas competências académicas (Sprinthall, 1983), delineou-se um modelo de intervenção visando a promoção do desenvolvimento pessoal dos alunos, de forma a minorar os problemas de adaptação do estudante ao novo contexto (Pereira et al., 2006). Tal modelo alicerçava-se nas experiências de apoio de pares (*Peer counselling/support*), cujos principais desenvolvimentos tiveram origem no Canadá (Carr, 1984; Lawson, 1989), nos EUA (*First Year Experience*) e no Reino Unido (Cowie & Wallace, 2000). Em Portugal, o desenvolvimento destes modelos ocorreu em 1994, na Universidade de Aveiro, com o projecto-piloto de ajuda ao estudante pelo estudante através da linha telefónica LUA – Linha da Universidade de Aveiro (Pereira, 1997, 1998; Pereira & Williams, 2001).

O *Peer Counselling,* apoio entre pares, traduz-se na capacidade de ser empático (*befriending*), ou seja, no desempenho do papel de amigo junto de alguém socialmente isolado. Constitui uma estratégia de apoio bastante eficaz para lidar com os problemas de adaptação, na medida em que possibilita a construção de suporte social, que é tanto mais eficaz quanto mais próximo está do aluno, na medida que a sua receptividade depende da percepção que o aluno tem da eficácia do apoio, bem como das características da sua personalidade (Pinto *et al*, 2003).

Para o desenvolvimento do modelo de intervenção do GAP-SASUC, o contributo do projecto "Estilos de vida saudável *versus* insucesso escolar: sua etiologia, programas de acção e estratégias promotoras de qualidade" foi fundamental, tendo colocado a tónica na educação para a saúde pelos pares como estratégia primordial para a promoção da mudança para comportamentos e estilos de vida saudável. Esta ligação entre a promoção do sucesso académico através do fomento de estilos de vida saudável ganhou relevo em diversas investigações, realizadas no estrangeiro e no país (Wechsler, 1995; Pereira *et al.*, 1999; Monte-Arroio *et al.*, 2000; Pereira & Williams, 2001), quer em contexto de ensino secundário (Matos & Sardinha, 1999), quer em contexto do Ensino Superior (Pereira et al., 2000), que vieram demonstrar interacções entre o sucesso académico e o bem-estar. De facto, cada estudante deverá prestar atenção ao seu próprio desenvolvimento em ambas as dimensões, através da aquisição de conhecimentos relativos à saúde e aptidões de vida, no sentido de adoptar estilos de vida mais saudáveis.

Os estilos de vida saudáveis não são decisões estritamente pessoais, dependendo muito do ambiente físico, social e cultural, bem como da situação económico-financeira, sendo ainda mais influenciados pelas aprendizagens sociais e por interacções pessoais, condicionadas pelo ambiente (WHO, 1985, Auspaugh *et al.,* 1999).

A compreensão do bem-estar físico, psíquico e social é complexa, pelo que várias são as perspectivas de análise deste fenómeno. Dolgener e Hensley (1998) defendem que este é dinâmico, é um movimento social, é mais do que uma actividade física e é multidimensional, compreendendo oito componentes: actividade física, nutrição, controlo e gestão do stresse, substâncias nocivas e o seu consumo, segurança, sexualidade, saúde

ambiental, saúde mental e emocional.

A operacionalização e eficácia deste modelo dependeram da formação intensiva a que os alunos conselheiros foram sendo submetidos: formação básica, formação contínua, supervisão e avaliação.

O Curso Intensivo de Formação Básica tem como principal objectivo formar alunos apoiantes (*Peer Counsellors/Supporters*) que poderão constituir um suporte primário para os estudantes que vivenciam o processo de integração na Universidade e mesmo para os colegas mais velhos que poderão deparar-se com algum tipo de dificuldade no seu percurso de vida académica (Pereira *et al*., 1999). De forma a operacionalizar determinadas competências, no decorrer do Curso Intensivo de Formação Básica pretende-se sensibilizar e transmitir aptidões básicas (*skills*) de escuta e aconselhamento aos alunos participantes, promover o seu auto-conhecimento e, concomitantemente, permitir aprendizagem de estratégias que lhes permitam lidar com os problemas dos colegas (Pereira *et al*., 2004).

Esta Formação decorre no início do ano lectivo de modo intensivo (cerca de trinta horas), com uma metodologia própria, utilizando preferencialmente exercícios de dinâmica de grupo e representação de papéis (*role playing)*. Os temas abordados, para além dos acima apresentados, estão relacionados com as dificuldades mais frequentes e treino de técnicas de prevenção e controlo do stresse em contexto universitário. As diversas temáticas são apresentadas por elementos do GAP-SASUC e outros técnicos convidados de áreas específicas.

Tendo em conta que os alunos apoiantes provêm de ramos académicos bastante diversificados e a Formação Básica não é suficiente para desenvolver as várias competências de escuta e aconselhamento, este modelo é complementado pela Formação Contínua. Esta formação tem uma frequência mensal e pretende debater temas onde são mais visíveis as dificuldades e necessidades dos jovens universitários.

As temáticas das acções de formação são escolhidas com base nas expectativas e interesses dos alunos, transmitidos no início de cada ano lectivo, e têm-se centrado nas estratégias para lidar com o stresse e a ansiedade; gestão de conflitos; relações interpessoais; sexualidade e HIV; actividade física; álcool e drogas. Deste modo, pretende-se actualizar conhecimentos e permitir um suporte contínuo dos alunos apoiantes nas dificuldades que estes possam sentir na sua prática.

Ao longo do período de existência deste projecto foi possível observar junto dos alunos apoiantes a necessidade de um espaço de debate e reflexão onde pudessem partilhar os problemas sentidos nessa qualidade. Com o objectivo de detectar dificuldades específicas na prática do processo de ajuda destes alunos, a equipa do GAP-SASUC promoveu sessões de Supervisão individual e em grupo (Pereira *et al.*, 2005).

As actividades de Supervisão constituem um complemento da Formação Básica e da Formação Contínua e caracterizam-se pelo esclarecimento de dúvidas e procura de soluções para determinadas situações-problema apresentadas pelos alunos. Habitualmente, os temas mais abordados estão relacionados com as competências de *Counselling/ Support*, a gestão de conflitos, a importância dos comportamentos assertivos e a análise da perspectiva pessoal do *Peer Counsellor/Supporter*.

Nesta área de intervenção têm-se privilegiado as avaliações constantes da formação tanto de todas as actividades realizadas como da globalidade do projecto. É através destas que se detectam lacunas e insuficiências do programa e que, pela reflexão, se adaptam estratégias de forma a melhorar a actuação do GAP-SASUC.

Recentemente, as sessões de formação têm sido complementadas com programas de desenvolvimento e treino de competências transversais adaptadas a diversas temáticas,

como a promoção do sucesso académico (Jardim & Pereira, 2006), prevenção de comportamentos sexuais de risco (Motta et al., 2006) e competências no apoio à transição, concretamente no âmbito da gestão e controlo do stresse, métodos de estudo e competências pessoais, sociais e académicas (Pereira et al., 2008ab).

A INTERVENÇÃO DO GAP-SASUC EM CONTEXTO ACADÉMICO

Considerando que o modelo de intervenção do GAP-SASUC tem sido desenvolvido com base na metodologia investigação-acção, tendo o seu desenvolvimento sido enriquecido com os contributos dos projectos de investigação e intervenção dinamizados por este Gabinete, a estrutura das actividades desenvolvidas tem sofrido alterações consideráveis.

Em retrospectiva e no balanço dos primeiros seis anos de intervenção deste Gabinete, no ano lectivo 2004/05, altura em que se concluiu o projecto "Estilos de vida saudável *versus* insucesso escolar: sua etiologia, programas de acção e estratégias promotoras de qualidade" (Proc. 49768, co-financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian) o modelo de apoio de alunos por alunos foi aperfeiçoado face aos resultados da avaliação das actividades, e posterior reflexão sobre as práticas. Até esse ano, o módulo de Formação Básica tinha contado com a participação de um total de duzentos e sessenta e dois (262) indivíduos, tendo a avaliação global desse período, realizada pelos alunos envolvidos, destacado as mais valias desse bloco formativo, quer para a sua vida pessoal, quer no apoio ao outro, das quais se destacam: aprendizagens que reforçam o auto-conhecimento e a auto-estima, estratégias para lidar com situações adversas e competências para ajudar os seus pares.

Por sua vez, no que respeita ao módulo da Formação Contínua, constatou-se que o tema 'Técnicas de Relaxamento' ou similares foi o que registou sempre uma boa adesão por parte dos alunos, atingindo o seu ponto mais alto no ano lectivo 2003/2004 com a participação de oitenta e dois (82) indivíduos, situação que veio corroborar as mais valias do modelo de educação pelos pares para a promoção da saúde mental e física. Face a estes dados conclui-se da necessidade de reduzir o número de sessões de formação contínua por ano, privilegiando as sessões orientadas para as 'Técnicas de Relaxamento' e para o Lazer e Bem-estar (Actividade desportiva). Por seu lado, a supervisão manteve o formato de sessões individuais e em grupo sempre que solicitadas pelos alunos participantes. Ao nível das metodologias de avaliação houve ainda necessidade de se alterarem as estratégias até aí adoptadas, optando-se por diminuir a intensidade das avaliações quantitativas globais e privilegiar as avaliações qualitativas (Pereira et al., 2006).

Nesse ano (2004/05) foi igualmente importante a realização do primeiro "Programa de Desenvolvimento de Competências" (cujo programa de intervenção fez parte de um projecto de intervenção mais abrangente ao nivel de um programa doutoral financiado pela Fundação Ciência e Tecnologia - SFRH/BD/12807/2003). cuja adesão por parte dos estudantes foi surpreendente, tendo participado nesta iniciativa setenta e dois (72) alunos. Face aos resultados francamente positivos da avaliação deste programa (Jardim & Pereira, 2005), optou-se por apostar em actividades semelhantes de futuro. Nesse sentido, no ano lectivo 2006/07 foi implementado um programa de "Desenvolvimento de competências para a prevenção de comportamentos de risco do VIH/SIDA e IST", no âmbito de um projecto co-financiado pelo Alto Comissariado para a Saúde (ADIS/0196/06), que contou com a participação de duzentos e setenta e um (271) estudantes das Universidades de Coimbra, Aveiro e Minho, com uma avaliação igualmente positiva (Motta et al., 2006).

A aposta na estratégia do treino de competências como integrante do modelo de educação para a saúde pelos pares do GAP-SASUC foi consolidada no ano lectivo 2007/08, destacando-se o impulso que o projecto "Plano de Apoio à Transição do

Ensino Secundário para o Ensino Superior – Melhor Adaptação; Mais Resiliência; Mais Sucesso" (POCI/C/04.01.02/0143/0001/2006), promovido pela Reitoria da Universidade de Coimbra, com a colaboração do GAP-SASUC, deu à implementação de programas de intervenção para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais dos estudantes (que contaram com a participação de 106 estudantes) e à elaboração de materiais de apoio às formações (Pereira et al., 2008ab).

Destes desenvolvimentos resultou o modelo de educação para a saúde pelos pares do GAP-SASUC, contemplando as formações básica e contínua, a par da supervisão (individual e em grupo) e avaliação (pontual e global), complementado por programas de treino de competências transversais adaptados às necessidades e especificidades dos grupos-alvo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação para a saúde pelos pares através do *peer counselling/support*, sendo uma iniciativa pioneira na Universidade de Coimbra, tem vindo a ser avaliada pelos alunos participantes como muito positiva e importante, quer no que respeita aos ganhos e/ou melhoria de competências de escuta, aconselhamento e ajuda ao outro, quer ao nível do desenvolvimento pessoal e promoção da mudança para comportamentos saudáveis.

Cientes das limitações dos resultados da aplicação de um modelo de intervenção em constante desenvolvimento e aperfeiçoamento, num contexto em permanente mudança, consideramos, contudo, que a mais valia do modelo apresentado reside no envolvimento dos próprios alunos e na diversidade de estratégias de intervenção que o GAP-SASUC tem vindo a disponibilizar aos estudantes da Universidade de Coimbra, destacando a aposta nos programas de desenvolvimento de competências transversais como a que se tem vindo a revelar mais adequada e eficaz para a promoção do desenvolvimento pessoal e da saúde e bem-estar em contexto académico.

A colaboração, interdisciplinaridade e complementaridade dos técnicos envolvidos no desenvolvimento deste modelo, especificamente psicólogos, psiquiatras e técnicos de serviço social, deverá ser realçada como uma estratégia de promoção da saúde e bem-estar no Ensino Superior.

Este modelo vem de encontro às orientações trans, multi e interdisciplinar da formação. Nesse sentido chamamos a atenção para que os sistemas de formação do Ensino Superior valorizem a promoção e educação para a saúde e bem-estar dos alunos, condições básicas ao sucesso escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Auspaugh D.& Dignan, M. & Anspaugh, S. (1999). *Developing Health Promotion Programs*. New York. W.C.Brown & Mc Graw-Hill.

Carr, R. (1984). *Peer Career counsellors: A conceptual and pratical guide*. Toronto: Guidance Centre.

Cowie, H. & Wallace, P. (2000). *Peer support in action: From bystanding to standing by*. London: Sage Publications.

Dias, S.F. (2006).*Educação pelos Pares: Uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa/Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Dolgener, F., & Hensley, L. (1998). *Personal wellness*. Iowa: Eddie Bowers Publishing, Inc.

Egan, G. (1994). *The skilled helper: models, skills and methods for effective helping* (4th edition). Pacific Grove, CA: Books/Cole.

Ellis, A., Gordon, J., Neenan, M., & Palmer, S. (1997). *Stress counselling: a rational emotive behaviour approach*. London: Cassel.

Green, J. (2001). Peer Education. *Promotion & Education, VIII*(2), 65-68.

Jardim, J. & Pereira, A.M.S. (2005). Sucesso na Vida Académica: Um Programa de Desenvolvimento de Competências com Estudantes nas Residências. In A. Pereira & E. Motta (Eds), *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção. Actas do Congresso Nacional*. Coimbra: SASUC Edições, pp. 415-424.

Jardim, J. & Pereira, A.M.S. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia Prático para a Mudança Positiva*. Porto: Edições ASA

Lawson, D. (1989). Peer helping programs in the colleges and universities of Quebéc and Ontario. Canadian. *Journal of Counselling*, 23 (1), 41-54.

Maslach, C. (1982). *Burnout, the Cost of Caring*. Prentice-Hall.

Matos, M. & Sardinha, L. (1999). Estilos de Vida activos e Qualidade de Vida. In L. Sardinha (Eds). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: Edições FMH, pp. 163-181.

Monte-Arroio, E.; Silva, C.; Silvério, J.; Pereira, A. & Alves, J. (2000) Ritmos biológicos em educação: um estudo com uma amostra de 756 estudantes do ensino secundário.*Psicologias Teoria e Investigação*, 5, 2, pp.301-302

Motta, E.; Vaz, A.; Pereira, A.M.S.; Pinto, C.; Bernardino, O.; Melo, A.; Pereira, A.; Ferreira, J.; Rodrigues, M.J.; Medeiros, A.; Bombas, T.; Monteiro, S.; Pinheiro, M.J.; Carvalho, D. & Nossa, P. (2006). Educação para a saúde pelos pares: Intervenção em comportamentos de risco do VIH/SIDA. In I. Leal, J.P. Ribeiro e S.N. Jesus (Orgs), *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Faro: Universidade do Algarve, pp. 673-679.

Pereira, M., S., A. (1997) *Helping students cope: peer counselling in higher education*. Unpublished doctoral dissertation, University of Hull, U.K.

Pereira, A. M. S. (1998) Apoio ao estudante universitário: *peer counselling* (Experiência –piloto). *Psychológica*, 20, 113-124.

Pereira, A.M.S. (2005). *Para obter sucesso na vida académica. O apoio dos estudantes pares.* Aveiro: Universidade de Aveiro

Pereira, A. M. S., & Williams, D. I. (2001). Stress and coping in helpers on a student "nightline" service. *Counselling Psychology Quartely* , 14 (1), 43-47.

Pereira, A. M. S., Vaz, C., Patrício, M., Campos M., & Pereira, R. (1999). *Contribuição para o estudo do sucesso e insucesso na Universidade de Coimbra*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Pereira, A. M. S.; Silva, C. & Jesus, S (2000) Students'health interests and practices". in The *14th Conference of the European Health Psychology Society –Models of Health and Illness Behaviour*, Leiden , The Netherlands, 16-19 August.

Pereira, A.; Masson, A.; Ataíde, R. & Melo, A. (2004). Stresse, ansiedade e distúrbios emocionais em estudantes universitários. In Ribeiro, J. & Leal, I. (Eds.). *Actas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ISPA edições, pp. 119-125.

Pereira, A.M.S.; Decq Motta, E.; Vaz, A.; Pinto, C.; Bernardino, O.; Melo, A.; Ferreira, J.; Rodrigues, M.J.; Medeiros, A. & Lopes, P. (2006). Sucesso e Desenvolvimento Psicológico do Estudante Universitário: Estratégias de Intervenção. In *Análise Psicológica*, 1 (XXIV), Janeiro-Março, pp. 51-59.

Pereira, A.M.S.; Gomes, R.; Francisco, C.; Jardim, J.; Motta, E.; Pinto, C.; Bernardino, O.; Melo,

A.; Ferreira, J.; Rodrigues, M.J. & Pereira, P. (2008a). Desenvolvimento de competências pessoais e sociais como estratégia de Apoio à Transição no Ensino Superior. In *INFAD Revista de Psicologia*, n.º 1, pp. 419-426

Pereira, A.M.S.; Motta, E.; Pinto, C.; Bernardino, O.; Melo, A.; Ferreira, J. & Rodrigues, M.J. (2008b). Promoção da Saúde Mental através do Grupo de Pares – Intervenção em Contexto Académico. Actas do 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Intervenção em Psicologia e Saúde Porto, pp.99-102

Pinto, C., Mota, E., Pereira, A.M.S., Ataíde, R., Bernardino, O., Mendes, R., & Ferreira, J. B. (2005). Suporte social no desenvolvimento do aluno do ensino superior. In Medeiros, T., & Peixoto, E., *Desenvolvimento e Aprendizagem: do Ensino Secundário ao Ensino Superior*. Ponta Delgada: Universidade dos Açores e Direcção Regional da Ciência e Tecnologia do Governo Regional dos Açores, pp.137-144

Rodrigues, M.; Pereira, A.M.S. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde Lda

Sprinthall, N. (1983). *An incomplete guide to using counselling skills on the telephone.* Manchester: PCCS Books.

Turner, G., & Shepherd, J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research, 14*(2), 235-247.

UNESCO. (2003). *Peer approaches in adolescent reproductive health education: some lessons learned*. Bangkok: UNESCO.

Wechsler, H. (1995). *Harvard School of Public Health Alcohol Study.* Harvard School of Public Health: Boston

WHO (1985). *Targets for health for all*. Regional Office for Europe

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: CONCEPÇÕES DE PROFESSORES DE 16 PAÍSES EUROPEUS, AFRICANOS E DO PRÓXIMO ORIENTE

Graça S. Carvalho[1], Pierre Clément[2] & Dominique Berger[3]

Resumo

Os professores desempenham um papel crucial na implementação de práticas de Educação para a Saúde (ES) em meio escolar. Neste âmbito, temos vindo a coordenar um projecto de investigação europeu "Biohead-Citizen" (Carvalho *et al.*, 2004) em que, procuramos analisar as eventuais diferenças nas concepções de professores e futuros professores (P+fP) e 16 países sobre ES. Para tal construímos e validámos um questionário que foi aplicado a 6379 P+fP do ensino primário (P), de Biologia (B) e de Língua nacional (L) dos diferentes países. Demos especial atenção à análise das concepções dos P+fP sobre a ES e às suas perspectivas no âmbito do Modelo Biomédico e da Promoção da Saúde. A análise estatística multivariada permitiu caracterizar os grupos de indivíduos em função do país, da religião e da experiência profissional, tendo o primeiro factor sido aquele que mais distinguiu os P+fP questionados.

Palavras-chave

Multiculturalidade; cidadania; concepções de professores.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E OBJECTIVOS

O nosso estudo assenta essencialmente na didáctica das ciências mas também aborda a área da psicologia social no âmbito das representações sociais (Moscovici 1984). No campo da didáctica das ciências, o termo "concepções" tem vindo a ter melhor aceitação (Astolfi *et al.* 1997) do que o termo "representações" (Clément 1994), tendo Pfund & Duit (1994) produzido uma lista de trabalhos científicos desenvolvidos nesta perspectiva. Esta lista tem vindo a ser sucessivamente actualizada no sítio da *Internet* de Duit (2007) com centenas de referências de artigos publicados sobre as concepções de professores e estudantes.

No presente trabalho, são analisadas as concepções de diversos actores do sistema educativo que emergem a partir da interacção dos conhecimentos científicos ("K" – de *knowledge*, em inglês), dos sistemas de valores (V) e das práticas sociais (P) (Clément 2004, 2006). Embora as concepções possam ser analisadas no âmbito de outro quadro conceptual, o modelo KVP tem-se mostrado muito útil na análise de importantes características do saber ensinado: na perspectiva epistemológica, para compreender o que numa apresentação científica (*e.g.*, uma comunicação em congresso ou um artigo em revista científica ou livro) se relaciona com a ciência, com os valores ou ainda com as práticas sociais.

O conhecimento (K) refere-se à informação proveniente da comunidade científica. Os valores (V) são neste modelo assumidos num sentido lato do termo, incluindo opiniões, crenças e ideologias. Por exemplo o sexismo, o racismo ou a xenofobia são considerados como valores, assim como a procura da verdade pela ciência e as "ideologias científicas" definidas pelo epistemologista Cangulihem (1977) para caracterizar as tendências no âmbito das ciências biológicas, como o reducionismo, a anatomização ou o absoluto

1. LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga. **graca@iec.uminho.pt**
2. IUFM, Université Claude Bernard Lyon 1, França. **bergerdomi@wanadoo.fr**
3. Université Claude Bernard Lyon 1, França. **pclement@univ-lyon1.fr**

determinismo genético. As Práticas sociais (P) referem-se às dos actores do sistema educacional, como as práticas de ensino dos professores, incluindo as suas concepções relacionadas com as práticas sociais actuais e futuras dos estudantes a que se dirigem; não só o seu futuro profissional mas principalmente a sua responsabilidade de actuais e futuros cidadãos.

Pretende-se com o projecto de investigação Biohead-Citizen explorar a multiculturalidade relacionada com o ensino de temas importantes e controversos como Educação para a Saúde, Educação Sexual, a Educação Ambiental e ainda a Evolução (em especial a questão sensível da Origem Humana), a Epigénese associada ao determinismo sócio-cultural do comportamento humano, e o reducionismo no ensino da genética humana (Carvalho, Clément & Bogner 2004).

À priori poderíamos supor que os conhecimentos científicos são universais, tendo como referência as mesmas publicações e, consequentemente, seriam os mesmos em todos os programas de ensino e nos manuais escolares bem como seriam também idênticas as concepções dos professores sobre as mesmas matérias de ensino. O desenvolvimento deste projecto Biohead-Citizen mostra que este não é de todo o caso, sobretudo nestas "questões vivas" que frequentemente se articulam em debates sociais e científicos (Albe & Simonneaux 2002).

O objectivo do presente estudo é analisar as diferenças existentes entre as concepções de professores e de futuros professores de diversos países, tendo-se por isso seleccionado países europeus diferindo geográfica, histórica, politica e sócio-culturalmente (de Oeste a Este: Portugal, França, Reino Unido, Itália, Malta, Alemanha, Polónia, Hungria, Roménia, Lituânia, Estónia, Finlândia e Chipre), bem como países exteriores à Europa: de África (Senegal, Marrocos, Argélia, Tunísia e Moçambique) e do Próximo Oriente (Líbano). Por contraste com estes últimos países pretende-se identificar uma eventual unidade Europeia.

O enfoque do presente trabalho é dado às concepções dos professores e futuros professores sobre a Saúde e a Educação para Saúde. Já em 1986 a carta de Otava apresentava os conceitos e princípios da *"Saúde para Todos no Ano 2000 e Seguintes"*, enfatizando a necessidade da promoção da saúde, que é definida como:

> *"O processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar" e declarando ainda que "para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e a realizar as suas aspirações, a satisfazer necessidades e a modificar ou a adaptar-se ao meio" (OMS, 1986:1).*

O forte impacto desta nova área de conhecimento e de intervenção social levou ao surgimento de diversas tentativas para a definição de "Educação para a Saúde", sendo a concepção proposta por Tones e Tilford (1994:11) uma das mais bem aceites actualmente:

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

Vemos, naturalmente, as Escolas como o elemento-chave neste processo, desde que desenvolvida com uma visão bem mais alargada do que a tradicional transmissão de conhecimento em que as crianças e jovens têm vindo a ser mantidos como meros receptores passivos de saberes académicos. Os professores desempenham um papel crucial na Educação para a Saúde, uma vez que as suas concepções são explícita ou

implicitamente transmitidas aos seus alunos. É neste âmbito que pretendemos identificar diferenças e semelhanças entre as concepções sobre Educação para Saúde dos professores e futuros professores de países com contextos sócio-culturais diversos.

2. METODOLOGIA

A preparação de um questionário para uso multinacional, incluindo a sua construção, tradução e validação, é um processo complexo, que no nosso caso se desenvolveu em cinco fases. Na **1.ª fase**, procedeu-se à definição dos objectivos de investigação e do enquadramento teórico, tendo-se identificado 6 temas de análise, sendo "Educação para a Saúde" um deles. Decidimos trabalhar com países contrastantes, com formulação de hipóteses precisas para a sua escolha: países fora da Europa (Muçulmanos ou não; Árabes ou não) para avaliar, por contraste, a eventual homogeneidade das concepções nos países europeus e, por outro lado, a avaliar a diversidade entre países europeus mais setentrionais e mais meridionais; mais ocidentais e mais orientais; mais ou menos desenvolvidos economicamente; de religiões preponderantes diversas: Cristã Católica, Protestante, Ortodoxa, etc.

A **2.ª fase** consistiu na recolha de questões no âmbito dos objectivos Biohead-Citizen. As três áreas (Biologia, Educação para a Saúde e Educação Ambiental) têm vindo a ser matéria de investigação dos três elementos da equipa coordenadora do projecto, pelo que foram seleccionadas as questões mais apropriadas e relevantes para os objectivos do projecto, a fim de iniciarmos a construção do questionário Biohead-Citizen. Foram entretanto incorporadas questões de outros trabalhos de investigação de outras equipas do projecto e criámos também colectivamente novas perguntas. Cada questão foi discutida, uma a uma, em reunião com os representantes de todas as equipas participantes no projecto Biohead-Citizen, com vista a garantir que o sentido das questões em inglês fosse entendido na mesma forma por todos os participantes dos 19 países com línguas e realidades sócio-culturais diversas. Este tornou-se um processo moroso mas culturalmente muito rico e estimulante.

Na **3.ª fase** procedeu-se à tradução do questionário e validação das traduções. Procedeu-se a dois métodos alternativos para a tradução do questionário inglês em cada língua nacional dos diversos países integrados no projecto Biohead-Citizen: *(i)* duas ou mais traduções em paralelo por pessoas do mesmo país, seguida de comparação dessas traduções (e também com o original inglês) por uma terceira pessoa; *(ii)* tradução por uma, ou mais pessoas em conjunto, para a língua do país, seguida de retro-tradução (da língua do país para inglês) por uma pessoa independente, comparando a retro-tradução com o original inglês.

A **4.ª fase** foi dedicada ao teste do questionário inicial. Para o efeito, em cada país, realizaram-se 2 a 5 **entrevistas** a respondentes do questionário enquanto o preenchiam, para identificarmos as questões mais problemáticas, e as dúvidas que poderiam surgir em algumas questões. A maioria dos problemas surgiu da tradução, mas por vezes também da própria formulação da questão. As questões dúbias ou de difícil interpretação foram posteriormente modificadas ou mesmo eliminadas. Para a análise da **fiabilidade** de cada questão, aplicou-se duas vezes o questionário, espaçados num período de mais de um mês, aos mesmos respondentes. As questões com baixa taxa de fiabilidade, assim como todas as questões abertas, foram eliminadas. O **teste piloto** para selecção das questões mais discriminantes foi aplicado a uma amostra limitada de estudantes universitários (futuros professores) nos diversos países e procedeu-se à análise multivariada para todas as questões, à excepção das questões pessoais.

A **5.ª fase** consistiu na reformulação do questionário para obtenção da sua versão final. O questionário final foi reduzido a cerca de metade em relação ao inicial utilizado

no teste piloto. Foram eliminadas todas as questões onde os respondentes, no teste piloto, responderam mais ou menos da mesma forma. Esta informação, tendo sido adquirida no teste piloto, não necessitaria de ser repetida no questionário final. Também suprimimos todas as questões de baixa fiabilidade, tal como acima referimos. Mantivemos as questões que revelaram serem discriminantes e significativas (relativamente às nossas hipóteses de investigação) não só na Análise de Componentes Múltiplas (ACM) mas também na Análise da Componente Principal (ACP) (Munoz & Clément, 2007).

O questionário final foi aplicado em seis amostras de cada país: Professores em exercício ("in-service") do ensino primário (InP), de Biologia (InB) e de Língua nacional (InL) do ensino secundário; e futuros professores do ensino primário (PreP), de Biologia (PreB) e de Língua nacional (PreL). O número total de respondentes foi de 6379, sendo (na Europa; de Oeste para Este): 351 de Portugal (PT), 732 de França (FR), 559 de Itália (IT), 198 de Malta (MT), 365 da Alemanha (GE), 311 da Polónia (PL), 334 da Hungria (HU), 273 da Roménia (RO), 316 da Lituânia (LI), 183 de Estónia (ES), 306 de Filândia (FI) e 322 de Chipre (CY). Dos países Africanos foram 324 do Senegal (SN), 330 de Morocco (MA) e 753 da Tunisia (TN). O Líbano foi o país do próximo oriente que contribuiu com 722 respondentes.

As perguntas utilizadas no presente estudo estão apresentadas no Anexo-1 e são referidas nos "Resultados e Discussão". Os dados obtidos da aplicação do questionário foram tratados estatisticamente, sendo os testes referidos também nos "Resultados e Discussão".

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

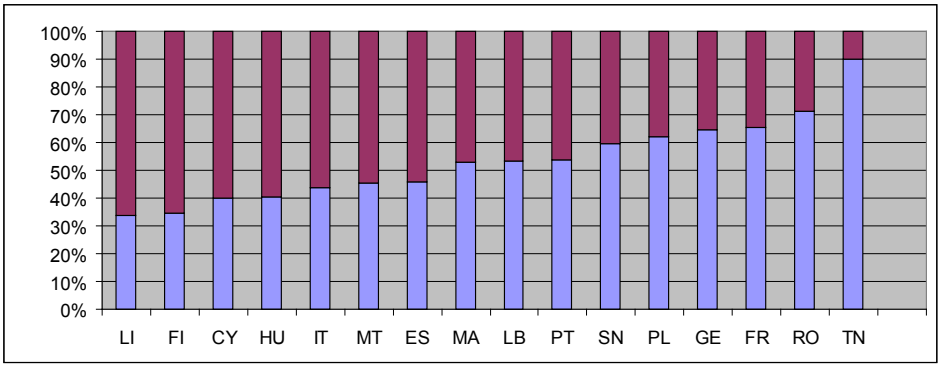
3.1. Concepções dos professores e futuros professores sobre Educação para a Saúde: o modelo biomédico (MB) e a abordagem de promoção da saúde (PS)

A Educação para a Saúde (ES) é uma área de investigação complexa, onde se podem considerar diversos eixos de valores (Carvalho & Carvalho, 2005). As questões A55 e A66 do questionário (ver anexo 1) são exemplos de eixos de valores, sendo que a primeira se refere aos objectivos da ES em meio escolar (Mérini et al., 2004; Broussouloux & Houzelle-Marchal, 2006): se é para "Proporcionar conhecimento" ou se é "Desenvolver um comportamento responsável para com a saúde". A segunda questão A66 refere-se ao modelo biomédico de visão reducionista versus a abordagem holística da promoção da saúde (Jones & Naidoo, 1997; Ewles & Simnett, 1999; Carvalho et al., 2007a).

A análise da questão A55, entre o conjunto dos professores e futuros professores dos 16 **países**, mostrou que a maioria dos respondentes consideram que a o objectivo da ES em meio escolar é "Desenvolver um comportamento responsável para com a saúde", sendo as diferenças significativas (teste do chi-quadrado: X^2=820,7; df=45; p= 2,2x10^{-16}). Os respondentes da Roménia (*score* 3,72) e de Marrocos (3,66) são os que se apresentam mais favoráveis a esta perspectiva, enquanto que os respondentes de Chipre (3,18) e da Alemanha (3,22) são mais favoráveis à ideia de que o papel principal da ES é de "Proporcionar conhecimento".

Também os resultados da pergunta A63 relativa ao MB e PS evidenciaram diferenças significativas entre os 16 países (X^2=665,5; df=15; p=2,2x10^{-16}). A Figura 1 mostra que os respondentes dos países do Norte da Europa – Finlândia, Lituânia e Hungria – assim como Chipre (de forte influência britânica) estão mais próximos da perspectiva de promoção da saúde, com valores superiores a 60% (ou com MB inferior a 40%). Por sua vez, os respondentes dos países da Europa Central – Polónia, Alemanha, França, Roménia – e também a Tunísia (de forte influência francesa) enquadram-se mais na visão do modelo biomédico, com valores superiores a 60% (ou com PS inferior a 40%).

Figura 1. Percentagem de respostas no modelo biomédico (azul) e na promoção da saúde (rosa) nos 16 países.



O estudo estatístico mostrou ainda que as concepções do MB e da PS estão mais fortemente associadas aos países do que à **religião** (questão P13), tendo-se no entanto encontrado diferenças significativas (X^2=149,3; df=3; p=2,2x10^{-16}), estando os Cristãos mais próximos da visão de promoção da saúde, e os Muçulmanos e os agnósticos mais perto do modelo biomédico. Também se encontraram diferenças significativas (X^2=35,7; df=4; p=3,246x10^{-07}) quanto à **prática religiosa** (questão P12), sendo os respondentes que mais praticam a sua religião os que se encontram também mais próximos da perspectiva de promoção da saúde.

Da análise estatística dos seis **grupos de professores** (questão P1) verificou-se haver diferenças significativas (X^2=55,5; df=5; p=9,903x10^{-11}), sendo que os professores e futuros professores do ensino primário (respectivamente InP e PreP) surgem mais próximos da concepção de promoção da saúde do que os professores e futuros professores de Biologia (InB e PreB) e de Língua nacional (InL e PreL).

O facto de se encontrarem estas diferenças entre os professores do ensino primário e os do ensino secundário é muito interessante pois corrobora estudos anteriores (Carvalho et al., 2007a) em que demonstrámos que os manuais do ensino primário destes 16 países apresentam uma abordagem mais no âmbito da concepção holística da promoção da saúde, enquanto que os manuais do ensino secundário tendem a se enquadrar mais no modelo biomédico.

Os autores e as editoras dos manuais escolares destes países (Carvalho et al., 2007a) bem como os professores e futuros professores do presente estudo parece expressarem a perspectiva de que a Educação para a Saúde nos primeiros anos de escolaridade deve abordar o bem-estar e os hábitos saudáveis das crianças (promoção da saúde) enquanto que nos anos de escolaridade mais elevada a ES deve ser direccionada para a transmissão dos conhecimentos sobre as doenças, os seus tratamentos e a prevenção das mesmas (modelo biomédico).

O efeito das **habilitações académicas** e da formação nas concepções sobre Educação para a Saúde em termos do MB e da PS foi também investigado (questão P5). Encontraram-se diferenças significativas (X^2=60,5; df=4; p=2,2x10^{-12}) entre os 4 grupos de professores: *i)* ensino secundário e 1 a 2 anos de ensino superior; *ii)* 3 a 4 anos de ensino superior; *iii)* 5 a 6 anos de ensino superior; *iv)* formação mais longa. Estes resultados sugerem que a formação dos professores contribui para a mudança da concepção de Educação para a Saúde de um perspectiva biomédica para uma visão mais holística de promoção da saúde, o que vem corroborar diversos estudos anteriores (Jones & Naidoo, 1997; Katz and Peberdy 1998; Ewles & Simnett, 1999; Carvalho, 2006; Carvalho & Carvalho, 2006).

O facto da **infância** dos respondentes se ter passado essencialmente em "meio rural", numa "pequena cidade", numa "grande cidade" ou num "subúrbio de uma grande cidade" (questão P14), parece não ter qualquer efeito nas suas concepções sobre a Educação para a Saúde no que diz respeito ao eixo MB – PS, uma vez que não há diferenças significativas entre os 4 grupos (X^2= 5,3; df =3; p=0,148).

O eixo "Autocrático/Democrático" é um outro eixo de grande importância em Educação para a Saúde (Carvalho & Carvalho 2005). No presente estudo perguntámos se os respondentes concordavam que "*Só um poder central forte é que pode pôr alguma ordem no meu país*" (questão A42) para relacionarmos com o eixo MB – PS. Os resultados mostraram que há diferenças significativas (X^2=25,9; df=3, p=9,9x10^{-06}), em que os respondentes pelo poder central são os que estão mais próximos do modelo biomédico. Este é um interessante resultado que está de acordo com a característica do modelo biomédico em que a liderança dos profissionais de saúde é seu apanágio, enquanto que a abordagem de promoção da saúde se baseia na capacitação ("*empowerment*") das pessoas e das populações (Jones & Naidoo, 1997; Katz and Peberdy 1997; Ewles & Simnett, 1999; Carvalho, 2002, 2006; Carvalho & Carvalho, 2006).

3.2. Análise multivariada between com 18 questões de Educação para a Saúde

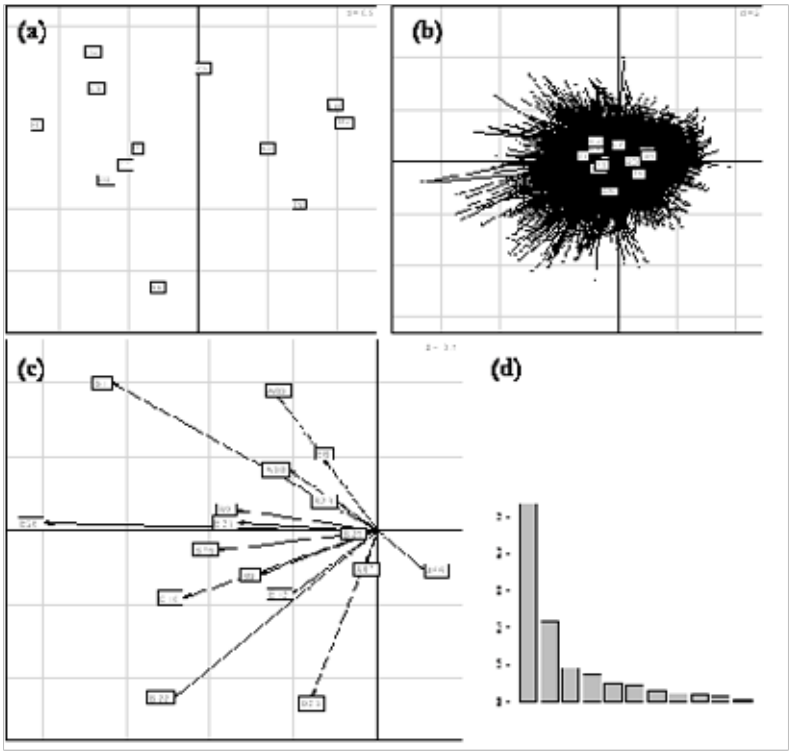
No presente estudo trabalhámos 16 questões na área da Educação para a Saúde: A55, A63, A67, A68, B1, B2, B6, B9, B12, B15, B16, B21, B22, B23, B25, B26 e B27 (cf. Anexo-1). Apenas 12 países – Portugal (PT), França (FR), Itália (IT), Hungria (HU), Roménia (RO), Estónia (ES), Filândia (FI), Chipre (CY), Senegal (SN), Marrocos (MA), Tunísia (TN) e Líbano (LB) – participaram neste estudo, correspondendo a um total de 5189 indivíduos.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise multivariada, que é um método estatístico que permite representar as componentes mais estruturadoras da variância das respostas dos indivíduos, e tem vindo a tornar-se um método *standard* para investigar dados complexos que caracterizam os numerosos respondentes, de acordo com muitas variáveis em jogo (Lebart et al., 1995). Para analisar o conjunto das 16 respostas de Educação para a Saúde efectuou-se a análise da componente principal (ACP) que diferencia todos os indivíduos (Lebart et al., 1995) que foi complementada pela análise de grupo *between* (Dolédec & Chessel, 1987) que mostra as diferenças entre grupos de concepções, sejam eles grupos de países, grupos de professores, níveis de habilitações académicas, religiões, etc.

A Figura 2 apresenta a análise *between* aplicada a países onde é possível ver que o eixo F1 (abcissa) é fortemente estruturado pelas questões (por ordem decrescente de importância):

- B26: "A educação para a saúde na escola envolve principalmente o desenvolvimento de competências pessoais dos alunos tais como, auto-estima, lidar com o stresse"*;*
- B1: *"*A Educação para a Saúde na escola melhora o comportamento do aluno*";*
- B22: *"*Os professores não deveriam ser obrigados a ensinar educação para a saúde se não se sentirem à vontade*"*.

Figura 2. Análise between aplicada aos países.



Os gráficos **(a)** e **(b)** mostram a posição do centro de gravidade de cada país em função dos eixos F1 e F2. Em **(b)** cada ponto corresponde a uma pessoa, ligada ao centro de gravidade do seu país. A elipse circunda 2/3 das pessoas de cada país. O nome dos países podem estar escondidos em **(b)** mas podem facilmente ver-se em **(a)**, que é uma ampliação da **(b).**

O gráfico **(c)** mostra as questões representadas como vectores, onde a seta corresponde ao código da resposta 4 – "Não concordo". A posição da seta indica a sua contribuição para a estruturação do eixo, pela projecção do vector em cada um dos eixos.

O histograma **(d)** expressa as percentagens das variâncias das sucessivas componentes. As duas componentes principais constituem os dois eixos dos gráficos (a), (b) e (c).

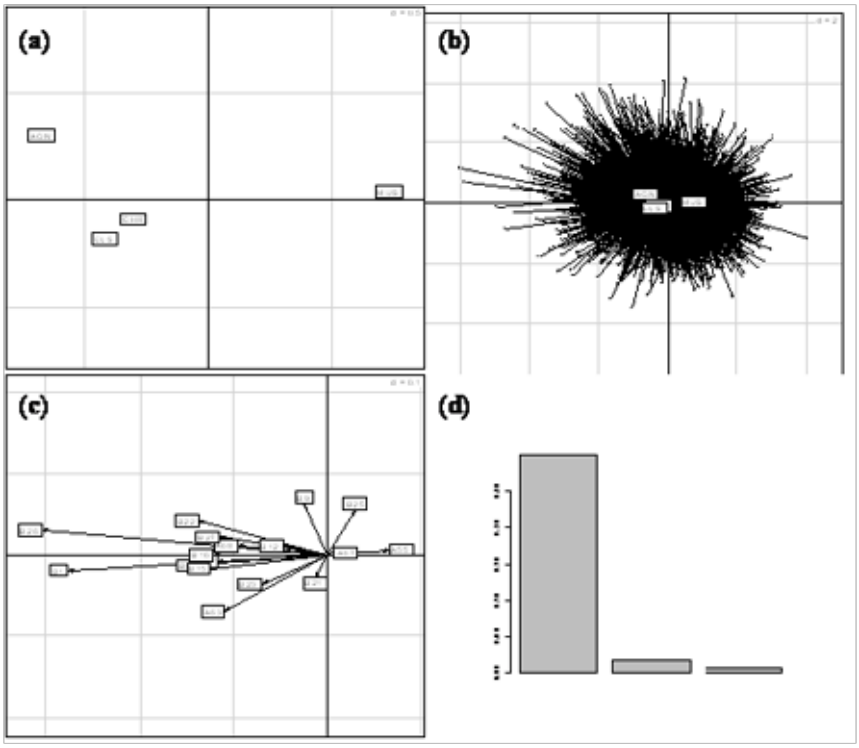
As questões B26, B1 e B22 têm a ver com os objectivos da Educação para a Saúde em meio escolar, e são elas que estruturam o eixo F1. Os gráficos (a) e (b) da Figura 2 mostram que os respondentes da Finlândia, da Estónia e da Hungria (e em menor grau, da França, de Portugal e da Itália) são contra a ideia de que a Educação para a Saúde deverá promover competências (B26) e melhorar os comportamentos (B1) das crianças. Pelo contrário, os respondentes não Europeus de Marrocos, do Líbano e da Tunísia (e em menor grau da Roménia) são favoráveis ao desenvolvimento de competências nas crianças.

À primeira vista estes são resultados não esperados, uma vez que outros estudos têm mostrado que os países do Norte da Europa (Finlândia, Estónia e Hungria) têm uma mais implantada Educação para a Saúde na perspectiva da promoção da saúde (Carvalho et al., 2007a), onde as competências das crianças são geralmente bem trabalhadas. Estes resultados necessitam de uma mais apurada investigação para se saber se as respostas

dos professores e futuros professores têm a ver com a Educação para a Saúde que se faz de facto nas escolas ou se é aquilo que eles gostariam de ver a ser aplicado. Ou seja, os respondentes dos países do Norte da Europa poderão querer ver mais informação biomédica na educação para a Saúde em meio escolar (uma vez que já têm bastante promoção da saúde) e os países não Europeus veriam o problema ao contrário: tendo bastante informação biomédica, gostariam de promover uma abordagem de promoção da saúde em meio escolar. Este é matéria para ulterior investigação.

A análise da distribuição dos respondentes relativamente à **religião** (Figura 3) evidencia que mais uma vez são as questões B26, B1, e num menor grau a questão A63, que estruturam o Eixo F1. Comparando os gráficos (a) e (b) das duas Figuras 2 (países) e 3 (religião) é possível ver, ao longo do eixo F1, que a distribuição dos agnósticos, dos Cristãos e dos "els" (outras religiões) (Figura 3) localizam-se perto dos países Europeus, enquanto que os Muçulmanos encontram-se perto dos países não Europeus (Marrocos, Líbano e Tunísia). Num outro trabalho (Carvalho et al., 2007b) mostrámos que a os países têm mais influência do que a religião nas concepções destes professores e futuros professores sobre a Educação para a Saúde.

Figura 3. Análise between aplicada aos grupos de religiões.



Os gráficos **(a)** *e* **(b)** *mostram a posição do centro de gravidade de cada religião em função dos eixos F1 e F2. Em* **(b)** *cada ponto corresponde a uma pessoa, ligada ao centro de gravidade da sua religião. Para mais informação ver legenda da Figura 2.*

A análise *between* aplicada aos **grupos de professores** (Figura 4) mostra que as perguntas estruturantes do eixo F1 são as seguintes:

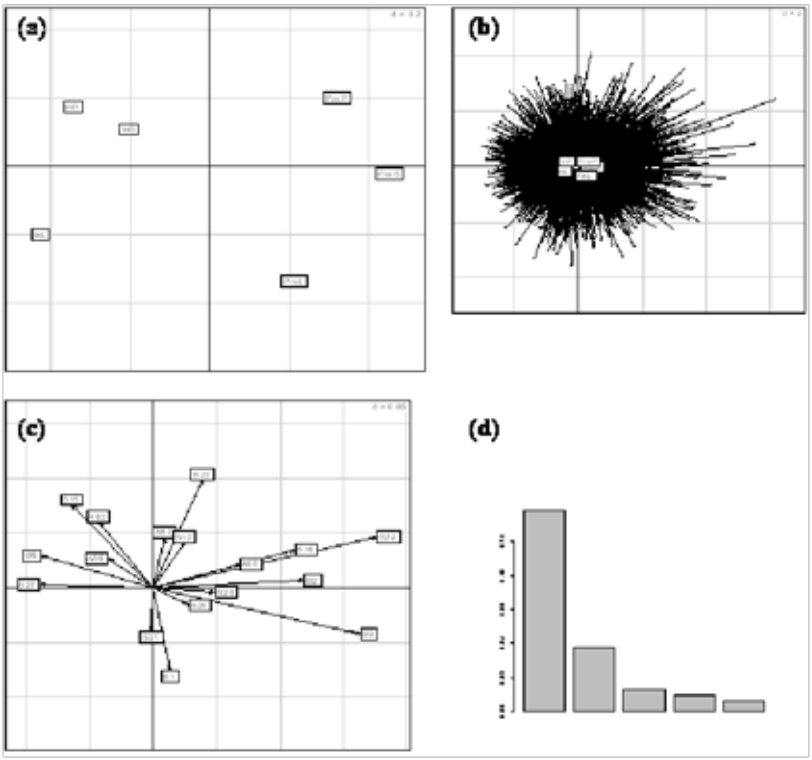
- B22: *"*Os professores não deveriam ser obrigados a ensinar educação para a saúde se não se sentirem à vontade*";*

• B09: "Eu gostaria de comer menos carne"*;*

• B27: *"*A educação para a saúde é exclusivamente da responsabilidade da família*";*

• B06: *"* Seria bom usar mais gordura na minha comida*"*.

Figura 4. Análise between aplicada aos grupos de professores e futuros professores.



Os gráficos **(a)** e **(b)** mostram a posição do centro de gravidade de cada grupo de professores em função dos eixos F1 e F2. Em **(b)** cada ponto corresponde a uma pessoa, ligada ao centro de gravidade do seu grupo de professores. Para mais informação ver legenda da Figura 2.

Todos os grupos de professores em exercício – do ensino primário (InP), de Biologia (InB) e de Língua nacional (InL) – surgem claramente separados dos correspondentes futuros professores (PreP, PreB e PreL), indicando que estes ainda estudantes consideram que a Educação para a Saúde deve ser ensinada na escola, não só pela família, e que os professores deveriam implementar a Educação para a saúde mesmo que não se sintam à vontade para tal. Pelo contrário, os professores já com experiência no ensino são mais defensivos a este respeito, sugerindo que as práticas influenciam as concepções, tal como proposto no modelo KVP de Clément (2004; 2006).

4. NOTAS FINAIS

Encontraram-se maiores diferenças no que diz respeito aos países do que à religião dos professores e futuros professores questionados, demonstrando que a componente histórico e sócio-cultural parece determinar mais fortemente as suas concepções sobre Educação para a Saúde. Pelo contrário, um estudo equivalente, mas utilizando as perguntas de

Educação Sexual do mesmo questionário (Berger et al., 2007) mostraram que, neste caso, o factor religião desempenha um papel bem mais relevante do que o país nas concepções dos professores e futuros professores sobre a Educação Sexual.

Este é um estudo inicial, comparando os dados obtidos dos 16 países envolvidos neste projecto onde se evidenciaram diferenças entre os países do Norte da Europa, do Sul da Europa e dos países exteriores à Europa (Africa e Próximo oriente). Encontra-se actualmente em fase de estudo, a comparação entre os respondentes dos países europeus, retirando-se para o efeito os dados dos países não europeus, favorecendo assim um análise mais fina na diferenciação dos países europeus, que é um dos objectivos primordiais do projecto Biohead-Citizen.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Doutor François Munoz e à Mestre Charline Laurent pela excelente colaboração na análise estatística dos dados deste estudo.

Este trabalho teve o apoio financeiro do centro de investigação LIBEC/CIFPEC (unidade16/644) da FCT e do projecto Europeu FP6, STREP BIOHEAD-CITIZEN (CIT2-CT-2004-506015).

REFERÊNCIAS

Albe, V. & Simonneaux, L. (2002). L'enseignement des questions scientifiques socialement vives dans l'enseignement agricole: quelles sont les intentions des enseignants? *Aster*, 34, 131-156.

Astolfi, J.P., Darot, E., Ginsburger-Vogel, Y. & Toussaint, J. (1997). *Mots-clés de la didactique des sciences- Repères, définitions, bibliographies.* Bruxelles: De Boeck Université.

Berger, D., Bernard, S., Carvalho, G.S., Munoz, F. & Clément, P. "Sex education: analysis of teachers' and future teachers' conceptions from 12 countries of Europe, Africa and Middle East" *In*: WCCES XIII World Congress – Comparative Education Societies, Sarajevo, Bosnia-Herzegovina, 3-7.09.2007. (CD).

Broussouloux, S. & Houzelle-Marchal, N. (2006) Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet. Saint-Denis : Éditions INPES.

Canguilhem G. (1977). *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*. Paris :Librairie philosophique J. Vrin.

Carvalho, A. & Carvalho, G.S. (2005) Eixos de valores em promoção da saúde e educação para a saúde. 2nd International Seminar of Physical Education, Leisure and Health: New Ways of Analysis and Intervention, IEC, Universidade do Minho, Braga, 1-4.06.2005. CD.

Carvalho.A & Carvalho, G.S. (2006) Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação. Lusociência: Loures.

Carvalho, G.S. (2002) Literacia para a Saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em saúde. *In* Saúde: As teias da discriminação social - Actas do Colóquio Internacional: Saúde e Discriminação Social (Org.: M.E. Leandro, M.M.L. Araújo, M.S. Costa). Braga: Universidade do Minho, pp.119-135.

Carvalho, G.S. (2006) Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis *In* B. Pereira & G.S. Carvalho (Eds) Actividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis. Lisboa: Lidel, pp.19-37.

Carvalho G.S., Clément P., Bogner F. (2004). *Biology, Health and Environmental Education for better Citizenship.* STREP CIT2-CT-2004-506015, European Commision, Brussels, FP6, Prior-

ity 7. (http://projectos.iec.uminho.pt/projeuropa/) [04/12/2007].

Carvalho G.S., Dantas C., Rauma A.L., Luzi D., Ruggieri R., Geier C., Caussidier C., Berger D., Clément P. (2007a). Health education approaches in school textbooks of 16 countries: biomedical model versus health promotion. *In* Proceedings of IOSTE conference '*Critical analysis of school sciences textbooks*', Tunisia, 7-10 February 2007.

Carvalho G., Berger D., Bernard S., Munoz F. & Clément P. (2007b). Health Education: Analysis of teachers' and future teachers' conceptions from 16 countries (Europe, Africa and Middle East). *In*: WCCES XIII World Congress – Comparative Education Societies, Sarajevo, Bosnia-Herzegovina, 3-7.09.2007. (CD).

Clément P. (1994) Représentations, conceptions, connaissances. In Giordan A., Girault Y., Clément P., *Conceptions et connaissances.* Éd.Peter Lang, Berne, p.15-45

Clément P. (2004). Science et idéologie : exemples en didactique et en épistémologie de la biologie. *Actes du colloque Science - Médias – Société*. Lyon: ENS-LSH (http://sciences-medias.ens-lsh.fr) [25/09/2007].

Clément, P. (2006). Didactic Transposition and KVP Model : Conceptions as Interactions Between Scientific knowledge, Values and Social Practices, *ESERA Summer School*, IEC, Univ Minho, Braga (Portugal), p.9-18.

Dolédec S. & Chessel D., 1987. Rythmes saisonniers et composantes stationnelles en milieu aquatique I- Description d'un plan d'observations complet par projection de variables. In *acta Oecologica, Oecologia Generalis*, 8 :3, 403–426.

Duit, R. (2007) Bibliography – STCSE: Students' and teachers' conceptions and science education. http://www.ipn.uni-kiel.de/aktuell/stcse/stcse.html [05/12/2007].

Ewles, L. & Simnett, I. (1999). *Promoting health - A practical guide*. London: Baillière Tindall.

Jones, L. & Naidoo, J. (1997). Theories and models in health promotion. In J. Katz & A. Peberdy (Eds.), *Promoting health - knowledge and practice* (pp. 75-88). London: Macmillan Press.

Katz, J. & Peberdy, A. (1998) *Promoting Health: Knowledge and Practice*. London: MacMillan.

Lebart, L., Morineau, A. & Warwick, K. M. (1984). *Multivariate descriptive analysis: Correspondence analysis and related techniques for large matrices*. John Wiley and sons, New York.

Mérini, C., Jourdan, D., Victor., Berger, D. & De Peretti, C. (2004). *Guide ressource pour une éducation à la Santé à l'école élémentaire*. Rennes : Éditions ENSP.

Moscovici S. (1984) - Psychologie sociale. Paris : PUF.

Munoz F. & Clément P. (2007) Des méthodes statistiques originales pour analyser les conceptions d'enseignants de plusieurs pays à partir d'un questionnaire sur des questions vives. *Congrès AREF*, Strasbourg.

OMS – Organização Mundial de Saúde. A promoção da saúde – A carta de Ottawa. Direcção Geral de Saúde. http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf [05/12/2007].

Pfundt, H. & Duit R. (1994). *Bibliography: Students' alternative frameworks and science education. 4th edition.* Keil, Germany: Institute for Science Education at the University of Keil.

Tones, K. & Tilford, S. (1994). *Health education - effectiveness, efficiency and equity*. (4.ª Ed.) London: Chapman & Hall.

ANEXO-1

Questões usadas neste estudo

QUESTIONÁRIO 'A': Transversal

A42.	Só um poder central forte é que pode pôr alguma ordem no meu país.	Concordo					Não concordo

A55. Na sua opinião, o principal objectivo da Educação para a Saúde na escola deve ser (Assinale apenas UMA das quatro opções):

Proporcionar conhecimento					Desenvolver um comportamento responsável para com a sua saúde.

A63. A saúde pode ser vista em várias perspectivas. Na lista abaixo, assinale as TRÊS expressões que pensa estarem mais fortemente associadas com o seu ponto de vista pessoal sobre saúde:

- ☐ Não sofrer de nenhuma doença séria.
- ☐ Sentir-me em paz comigo próprio(a).
- ☐ Desfrutar a minha vida sem sentir muito stresse.
- ☐ Ter os componentes do meu corpo a funcionar bem.
- ☐ Estar em boas condições para ser socialmente activo(a).
- ☐ Não ter necessidade de ir ao médico, para tratamento.

A67. Temos que manter a poluição do ar nas cidades controlada porque... (assinale apenas UMA das afirmações que considera ser a mais importante)

- ☐ as casas dos cidadãos que vivem perto das estradas ficarão poluídas
- ☐ a legislação define os níveis máximos de poluição do ar
- ☐ inalar gases tóxicos causa doenças
- ☐ as despesas de saúde aumentam com a poluição do ar

A68. Se possível, deveríamos andar mais em vez de usar os automóveis porque... (assinale apenas UMA das afirmações que considera ser a mais importante)

- ☐ desta forma podíamos poupar dinheiro que gastamos nos automóveis
- ☐ fazendo isto podemo-nos sentir melhor
- ☐ Assim mantemos o ar mais limpo para todos
- ☐ Estamos fartos de regras de condução e de parqueamento.

QUESTIONÁRIO 'B' : Biologia +Educação para a Saúde

B1.	A Educação para a Saúde na escola melhora o comporta- mento do aluno.	Concordo					Não concordo
B2.	Eu gostaria de comer peixe mais frequent-emente.	Concordo					Não concordo
B6.	Seria bom usar mais gordura na minha comida.	Concordo					Não concordo
B9.	Eu gostaria de comer menos carne.	Concordo					Não concordo
B12.	Eu gostaria de comer mais fruta.	Concordo					Não concordo
B15.	A educação para a saúde é da competência principalmente da enfermeira e/ou médico escolar.	Concordo					Não concordo
B16.	Eu deveria usar azeite mais frequentemente na minha comida.	Concordo					Não concordo
B21.	A educação para a saúde na escola deve ap-enas cingir-se a informação científica (dietas, ciclos de sono, perigo de toxicodependência)	Concordo					Não concordo
B22.	Os professores não deveriam ser obrigados a ensinar educação para a saúde se não se sentirem à vontade.	Concordo					Não concordo
B23.	As escolas devem ter em consideração as políticas de saúde pública.	Concordo					Não concordo
B24.	Os aspectos psicológicos e sociais de educação sexual deveriam ser ensinadas principalmente por profissionais de saúde (ex.: médicos, enfermeiros).	Concordo					Não concordo
B25.	Eu deveria comer mais vegetais frescos.	Concordo					Não concordo
B26.	A educação para a saúde na escola envolve principalmente o desenvolvimento de competências pessoais dos alunos tais como, auto-estima, lidar com o stresse.	Concordo					Não concordo
B27.	A educação para a saúde é exclusivamente da responsabilidade da família.	Concordo					Não concordo

QUESTIONARIO 'P' : Informação pessoal

P1.

□ É estudante da licenciatura de Ensino Básico do 1.º ciclo. Ano _____

□ É estudante da licenciatura de Ensino (3.º ciclo e secundário). Ano _____

□ É professor do 1.º ciclo do ensino básico em serviço □ É professor do ensino secundário em serviço

No caso de ser professor do ensino secundário, qual é a sua área?

□ Biologia □ Biologia e outra □ Língua Portuguesa □ Língua Portuguesa e outra

□ Outra (especifique): _____

P5. Qual é a sua formação académica mais elevada?

□ Ensino secundário □ Universidade 1-2 anos □ 3-4 anos □ 5-6 anos

□ Mais elevado (por favor especifique) _____

P12. Assinale apenas UMA opção para CADA linha

Acredito em Deus						Não acredito em Deus
Praticante						Não praticante

P13. Você é: (Assinale apenas UMA opção)

□ Agnóstico/ Ateu

Cristão: □ Católico □ Protestante □Ortodoxo

□ Outro (especifique): _____

Muçulmano: □ Sunita □ Shiita □ Druze

□ Outro (especifique): _____

□ Judeu

□ Outra relligião/crença (especifique): _____

□ Não quero responder

P14. Em que tipo de ambiente passou mais tempo durante a sua infância?

□ Meio rural □ Vila, Cidade pequena

□ Centro de uma grande cidade □ Periferia de uma grande cidade

EDUCAR PARA O NASCIMENTO: A ESSENCIALIDADE DO MÉTODO DE PREPARAÇÃO PSICOPROFILÁCTICO PARA O PARTO

Ana Frias[1]

Resumo

Na sociedade actual a maternidade assume papel de máxima importância, sendo encarada pelos casais como um grande desafio, um período de mudança, de muitas dúvidas e receios, necessitando por isso da ajuda de profissionais devidamente habilitados, de modo a que todo o processo seja vivenciado de forma plena e saudável. A literatura tem vindo a revelar que a maternidade implica a resolução de diferentes tarefas desenvolvimentais, que acontecem ao longo da gravidez. O Método Psicoprofiláctico de Preparação para o Parto (PPP) surge como facilitador da resolução de algumas dessas tarefas. Ser pai ou mãe é algo comum nos nossos dias, mas que, ainda assim, procura desesperadamente definições, papéis, valores e até guias de conduta. Na gravidez, surgem muitas dúvidas e premissas que devem ser resolvidas, orientadas e até reelaboradas com a própria grávida denotando-se a importância da educação para a saúde, relativamente à gravidez, parto e pós parto, informando e sensibilizando a grávida/casal. Na educação para a saúde, antes do parto, o método PPP, numa abordagem psicopedagógica e física, aborda várias temáticas, indo de encontro aos interesses/dúvidas das grávidas/casal, informando e corrigindo, reduzindo assim a ansiedade e o medo do desconhecido. A aprendizagem de exercícios de controlo neuromuscular, ventilatórios e de relaxamento possibilitam a adaptação ao mecanismo do parto aprendendo a dominar todo o corpo, transformando a parturiente passiva num ser activo, melhorando o seu desempenho no parto e na relação com o bebé. Este método contribui, também, para que a mulher viva positivamente a experiência do nascimento. Denota-se, ainda, benefícios significativos no campo da enfermagem e da equipa de saúde, uma vez que representa a possibilidade cuidar de parturientes mais atentas e participativa, reduzindo os riscos para o binómio mãe/filho.

Palavras-chave

Educação para a saúde; gravidez; preparação psicoprofiláctica para o parto; recém-nascido.

DA PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO

A preparação para o Nascimento encerra um conjunto de ritos, crenças e práticas determinadas pela cultura, mas também pelos recursos que os cuidados de saúde podem oferecer. Os cursos de preparação para o nascimento foram introduzidos em Portugal na década de 1950. Eram, então, apenas acessíveis a uma minoria da população, surgindo actualmente com maior expressão e difusão. A sua utilidade tem sido comprovada em vários estudos empíricos (Vander, 1980; Vellay,1998; Couto, 2003) tanto na perspectiva do cliente da saúde, como na dos profissionais de saúde envolvidos. O período pré-natal é um momento propício para actuação do profissional de saúde, já que é um momento favorável para a prevenção e promoção da saúde, e um momento ímpar para auxiliar a mulher a enfrentar a gravidez, o parto e o puerpério.

As respostas do organismo à gravidez produzem, geralmente, desconfortos peculiares da idade gestacional, associados aos sistemas sistema cardiorespiratório, musculoesquelético e urinário. Há uma tendência para aumentarem de intensidade à medida que evolui a idade

1. Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. **anafrias@uevora.pt**

gestacional, sendo mais frequentes no terceiro trimestre. O conhecimento das mulheres acerca das respostas do organismo materno à gravidez tem revelado benefícios elevados na forma de lidar com os respectivos desconfortos (Graça, 2005).

Ao longo da gravidez a mulher vai sentindo diferentes necessidades de ajuda para se ir adaptando as mudanças desenvolvimentais, características do processo de gestação (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005), mas é no último trimestre que ocorre o momento crucial. Nesta fase, a energia dos pais encontra-se bastante concentrada na sua preparação para a paternidade, em função da iminência do nascimento. É o momento em que é possível adequar o apoio psicológico às necessidades da grávida, de modo a promover o aumento do seu bem-estar, permitindo, também, uma vivência mais adaptada do trabalho de parto, do parto e do pós-parto. A colaboração da grávida com os profissionais de saúde durante o nascimento é, por isso, fundamental, assumindo um papel relevante o conjunto de saberes e de saberes-fazer que lhe são transmitidos (Couto, 2003).

Na verdade, o papel do profissional de saúde durante o nascimento é actualmente distinto dos até aqui assumidos. Tem capacidade para debater com a mulher grávida responsabilidades e capacidades que lhe permitirão lidar e gerir a situação. Desta forma, a informação proporcionada à grávida acerca dessas transformações, a repercussão na qualidade de vida e o modo de minimizá-las, são aspectos fundamentais a levar em conta na preparação para o parto. Uma assistência correcta implica conhecer a grávida de forma sistematizada, envolvendo colheita de dados, encarar cada mulher como um cliente único e motivar para a participação. Estas atitudes ajudam a grávida a transpor os momentos de crise. A ansiedade e o mal-estar associado ao parto devem ser reduzidos, no sentido de minimizar os seus efeitos adversos: aumento do tempo de trabalho de parto, partos distócicos e um maior uso de analgésicos (Frias, 2008). A compreensão de certos conceitos, formas de estar e o conhecimento da realidade são imprescindíveis para o sucesso do trabalho de parto e parto.

Kitzinger (1995) considera que "a gravidez não é apenas um período de espera, mas de preparação" (p. 90). A mulher grávida deve ser encarada como alguém que necessita de realizar aprendizagens, pois vivendo uma situação nova (quando primípara), surgem-lhe dúvidas e questões às quais se deve dar resposta. Existem, por isso, um conjunto de técnicas corporais que necessitam de ser objecto de ensino, constituindo uma espécie de "pedagogia do parto" (Velho, 2000; Couto, 2003). São vários os métodos de preparação para o parto, mas todos eles têm subjacente o relaxamento e descontracção muscular, associados a padrões respiratórios adequados.

Embora utilizando técnicas diferentes, os cursos de preparação para o parto têm os mesmos objectivos: 1) compreender os processos de desenvolvimento da gravidez, parto e do recém-nascido; 2) vencer a ansiedade e medos; 3) reduzir, ao mínimo, as dores (utilizando técnicas de respiração, relaxamento e posicionamento); 4) facilitar a partilha de medos e experiências com outras grávidas em situações idênticas; 5) conhecer os ambientes em que se irá ser internada e onde se realiza a assistência.

PREPARAÇÃO PSICOPROFILÁCTICA PARA O PARTO

O método de Preparação Psicoprofiláctico para o Parto (PPP), e um dos mais aplicados e com maior sucesso e atinge um alto nível de sucesso quando se assegura um relacionamento de ajuda e de confiança (Frias & Franco, 2008). Este método pretende desmistificar ideias antigas sobre o parto, essencialmente associadas à dor e à mulher como incapaz. Envolve, por isso, uma programação psicológica e uma preparação corporal, com início por volta das 28 semanas de gravidez até ao momento do parto.

O método PPP baseia-se na neurofisiologia e divide-se em duas partes: a psicológica e a

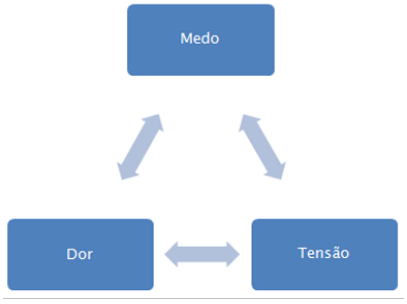
profiláctica. Relativamente à preparação psicológica, procura-se a descontracção máxima necessária ou relaxamento para que a grávida possa vivenciar o nascimento do filho. A parte da profilaxia tem por objectivo a compreensão de aspectos anatomofisiológicos da gravidez, aplicar tipos de ventilação, e desenvolver capacidade de controlo do corpo. A componente psicológica é considerada mais importante que a profilática e a excelente preparação da primeira origina o sucesso da segunda (Couto, 2003).

Existem descritos na literatura os benefícios da frequência das grávidas de cursos de PPP (Vander, 1980; Vellay, 1998; Couto, 2003). Preparam a mulher física e psicologicamente para o parto, permitindo vivê-lo de uma forma mais activa, gerando-lhe confiança e segurança para desempenhar o seu novo papel de mãe, cuidando do(s) seu(s) filho(s) sem receios. Este tipo de preparação facilita a descida e a expulsão do feto, apressa o nascimento e permite obter-se uma boa oxigenação tecidular através do tipo de ventilação feito pela mãe. Através da utilização deste método a bebé deixa de estar exposto aos traumatismos subjacentes a um parto doloroso e não participado, nascendo assim num ambiente tranquilo com repercussões favoráveis (Couto, 2003). Neste sentido todo o apoio dado às grávidas incide em conteúdos informativos e na orientação para a importância dos exercícios ventilatórios e do relaxamento de modo a diminuir a ansiedade, o stresse, o incómodo ou mesmo a controlar a dor, incutindo-lhe a necessidade da colaboração para o sucesso do nascimento do filho.

Como fenómeno psicossomático, o trabalho de parto é influenciado por variadíssimos factores, elencados por Maldonado (1997): a) história pessoal; b) contexto sociocultural; c) nível de informação a respeito do processo de parto; d) características da personalidade e os níveis de simbolismo; e) apoio dado à mulher durante o trabalho de parto. Por outro lado, Vellay (1998) afirma que é possível a mulher ter uma atitude bem dirigida, se lhe dermos uma educação racional, através de eliminar as emoções negativas, demonstrando-lhe que o parto é um acto natural e fisiológico, evidenciando todo o valor que a maternidade traz para a mulher, metodologias que tem suporte num clima de absoluta confiança.

As técnicas psicoprofilácticas baseiam-se, essencialmente, na educação física e psicológica da grávida. Dick Read, em 1933 (citado por Rezende, 1992), salientou a vantagem da associação da preparação psicológica e física para o controlo da dor durante o trabalho de parto uma vez que, segundo o autor, a dor que a mulher sente, estabelece um ciclo vicioso - o ciclo Medo-Tensão-Dor (Figura 1) - que é desencadeado pelo medo que gera tensão e aumenta a dor. Read (*idem*) preconizou que a educação da grávida tinha como objectivo incutir-lhe confiança através de técnicas de relaxamento e da execução de exercícios interferindo assim no referido ciclo, permitindo uma percepção menos dolorosa das contracções uterinas.

Figura 1. Ciclo de Reed que origina a dor (com base em Rezende, 1992).



Os cursos de PPP têm como objectivo proporcionar, através da informação, uma experiência gestacional e de parto positiva, com grande sucesso na amamentação,

amenizando as ansiedades e fornecendo respostas às questões da grávida/casal sobre os mais diferentes tipos de assunto: sexualidade, alimentação, exercícios físicos, álcool, tabaco, medicamentos, peso, doenças, exames, enxoval, parto, pós-parto, amamentação, dores, a escolha do hospital, os direitos da mulher durante todo o período pré-natal e do parto, além de muitos outros aspectos.

A PPP parte do pressuposto que " a saúde de cada pessoa depende do seu projecto de vida, do seu sentido de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo" (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005, p. 11). Ao assumir a grávida como referencial (valorizando o seu papel) e a saúde como um direito fundamental da pessoa humana, considera que é possível existir "*un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo*" (Costa & López, p. 29). Pretende, por isso, influenciar positivamente na saúde, através de acções de natureza educativa e de aconselhamento, entre outras, ajudando as mulheres grávidas a ultrapassarem as emoções negativas que acompanham muitas vezes o período do parto e que estão presente nas situações de crise.

De acordo com Cunningham (2002) existem dois elementos chave na prestação de cuidados ao recém-nascido, que vêm a ser o profissional de saúde e a mãe. O primeiro assume o papel de educador, ajudando e motivando a parturiente a participar nos cuidados ao(s) seu(s) filho(s). Os profissionais da saúde assumem, por isso, uma postura de educadores para a saúde, começando por avaliar as necessidades de educação dos pais, relativamente aos cuidados ao recém-nascido (Wilson & Askin, 2006; Campillo & Abizanda, 2007).

Neste encontro entre profissional de saúde - cliente de saúde, resultante da aceitação e da vontade de ambos, Bonito (2008) considerou que a confiança é um dos atributos fundamentais do acto educativo. Na mesma linha, Frias e Franco (2008), observam que esta confiança diminui a ansiedade da grávida e ajuda-a a compreender que nunca estará desamparada. Consideramos que as características do acto educativo descritas por Bonito (2008) estão aqui bem evidentes, face à importância da autenticidade e do olhar atento para que a grávida não se desiluda e deixe de acreditar no percurso (pedagógico) que lhe é proposto como preparação para o parto. Proporciona ao cliente de saúde uma experiência de satisfação das suas necessidades. A partilha de saberes e o sentir-se escutada e compreendida aumenta a auto-estima e a crença de autoconfiança na sua capacidade de enfrentar os medos e as ansiedades, identificando as estratégias mais adequadas para os resolver na vivência da gravidez, do parto e do puerpério. Neste domínio, a PPP, nas suas variadas concepções, consiste numa ligação entre a grávida e o profissional de saúde de modo a melhorar a colaboração desta no parto, assim como a qualidade de vida da mãe e do bebé. Um cuidar em obstetrícia, visto por Hesbeen (2001) como acolhimento, escuta, disponibilidade, mas também criatividade e possuir conhecimentos científicos e competências técnicas para a realização das tarefas a que se propõe.

A maioria dos recém-nascidos consegue efectuar as adaptações necessárias à sua existência extra-uterina, sem grandes dificuldades. Ainda assim, Kenner (2001) considera que o seu bem-estar depende dos cuidados que recebe dos outros, quer da sua família, quer dos profissionais de saúde. Durante a gravidez, a mãe adquire as condições psicológicas necessárias à interacção e aos cuidados do bebé; nomeadamente, cria um espaço mental para receber o recém-nascido, que possibilita um rápido envolvimento emocional, após o parto (Stern, 1997; Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco & Pais, 2005).

Dado que o comportamento da mulher durante o parto é determinado pelo modo como anteriormente concebe a experiência (Pacheco *et al.*, 2005) é importante ajudar a grávida a preparar-se para o nascimento, levando-a a participar mais eficientemente no

trabalho de parto e parto e, neste sentido, favorecer a sua positiva adaptação ao pós-parto, nomeadamente ao Recém-nascido.

A mulher grávida deve ser incentivada a desenvolver uma plano individualizado de cuidados para controlar a sua dor do trabalho de parto e parto, aumentando a qualidade da sua experiência do nascimento (Waldenström, Bergman & Vasell, 1996). O plano incluirá: a) participação activa mediante a obtenção de informação correcta e clara sobre a maternidade e paternidade, ficando devidamente esclarecida sobre todas as suas dúvidas e receios; b) fazer uma vigilância da gravidez adequada.

O MÉTODO PPP NA PRÁTICA

Os grupos de PPP devem ser formados de acordo com a data provável do parto de cada grávida. O número de participantes não deve ultrapassar os 8, para que se possa dar a atenção devida a todas as grávidas. É extremamente importante conseguir um bom relacionamento, obtendo a confiança da grávida/casal através da segurança que o profissional demonstra no conhecimento e nas práticas que realiza, pelo que o êxito do método depende, em muito, da cooperação da mulher.

A sua motivação intrínseca é essencial para que participe nas sessões de natureza informativa, nas de índole iminentemente prática e na confiança que o método PPP lhe trará benefícios. A pontualidade e assiduidade são imprescindíveis e exigidas, com o objectivo do grupo de manter coeso e não existirem elementos que percam importantes acontecimentos formativos. As aulas iniciam-se entre as 28 e as 32 semanas de gravidez. Entendemos ser este o *timing* ideal, pois há exercícios de fortalecimento muscular que só podem ser iniciados cerca das 32 semanas de gestação. Não tem sido adequado iniciar este método após as 32 semanas, uma vez que muitas mulheres necessitam de tempo para aprender as técnicas de ventilação e relaxamento. A formação neste método envolve 16 sessões, duas por semana, num total de 8 semanas. A preparação inicia-se com uma entrevista às grávidas e o preenchimento de uma ficha para recolha de dados sociodemográficos e obstétricos. Procura-se, também, avaliar as necessidades das grávidas em matérias de preparação para o parto assim como expectativas que trazem. Nas primeiras 4 sessões é apresentada informação actualizada e relevante acerca do método PPP e dadas oportunidades, constantes, para esclarecer todas as suas dúvidas e anseios: funcionamento do mecanismo psicofisiológico; países em que é utilizado o método PPP; estatísticas de êxito. A nossa experiência formativa e profissional mostra-nos que muitas mulheres estão relativamente pouco informadas sobre os seus órgãos reprodutores e sobre o processo da gravidez e do parto. São abordados, por isso, vários temas como a fisiologia do sistema reprodutor, fisiologia da dor, o medo do parto e esclarecidas histórias assustadoras e experiências negativas. Deve ser valorizado o aspecto individual da grávida e a partilha em grupo. A linguagem deve ser estabelecida ao nível elemento com nível mais básico de literacia. É a aceitação do formador enquanto um técnico especializado, uma mulher e alguém de confiança que influencia no sucesso do processo de aprendizagem.

Em geral, toda a mulher que procura a PPP aparece com a expectativa de que o método lhe facilita o parto. Torna-se importante convencer a grávida que a dor sentida é suportável desde que aprenda a técnicas adequadas de ventilação e de relaxamento e as aplique na altura própria. Deve-se desenvolver um sentimento de responsabilidade própria da grávida face ao parto, acentuando que tudo o que se fizer terá consequências positivas para si e para o bebé. O parto deverá ser apresentado como um acontecimento natural, apelando para o instinto maternal e descrevendo-o como um acontecimento feliz.

Cada aula sessão prática (da 5.ª à 8.ªsemana) inicia-se, geralmente, com uma dinâmica onde as grávidas referem os seus desconfortos e preocupações, permitindo um relaxamento psicológico. De seguida realizam os exercícios de fortalecimento e

relaxamento com treino de ventilação para as várias fases do trabalho de parto. Durante as sessões práticas constituem objecto de ensino, também, as posições correctas de decúbito e de relaxamento e ainda as de marcha. São estimulados a adopção de exercícios em casa, aumentando a sua intensidade gradualmente. A experiência (Frias & Franco, 2008) tem revelado que uma visita à maternidade onde ocorrerá, com probabilidade, o parto produz efeitos desejáveis, aprendendo-se a lidar nesse contacto com o espaço e com o estigma do "hospital", familiarizam-se com a sala de partos onde poderão travar algum conhecimento com os profissionais de saúde presentes.

Durante as sessões de PPP torna-se importante solicitar à grávida que resuma os acontecimentos relevantes desde a última sessão. Deve questionar-se acerca do bem-estar emocional e fisiológico, bem como das queixas, problemas e necessidades individuais e familiares.

O medo do parto é determinado, por vezes, por factores como o receio da dor, a ignorância do processo de parto e a solidão que sente a grávida nesse período. Deve-se, por isso, desmitificar, esclarecer histórias contadas de "boca-em-boca", para que pelo seu filho, se ocupe em técnicas de ventilação e de relaxamento e assuma todo o processo do nascimento como algo absolutamente natural e fabuloso (Frias & Franco, 2008).

EM JEITO DE CONCLUSÃO

O nascimento de um filho, promove uma reestruturação da família para receber o bebé e cria uma expectativa para aqueles que ficam do outro lado, esperando ansiosamente para conhecer o recém-chegado. Na sociedade actual a maternidade e a paternidade assumem um papel de máxima importância sendo encaradas pelos casais como um grande desafio, um período de mudança, de muitas dúvidas e receios, necessitando por isso, da ajuda de profissionais devidamente habilitados, de modo a que todo o processo seja vivenciado de forma plena e saudável. A PPP tem valorizado o desenvolvimento da capacidade de auto-cuidado das mulheres para enfrentarem com sucesso a etapa de desenvolvimento correspondente à gravidez, bem como com o novo papel que assumem com o nascimento do filho.

Durante o período pré-natal, as grávidas/casal e os seus familiares, devem ser ajudados a desenvolver habilidades maternas e paternas para participarem no processo de gravidez e nascimento. Os ensinos são especialmente adequadas ao auto-cuidado, pois geralmente trata-se de mulheres sadias, que por meio de consultas podem ser assistidas e orientadas sobre: nutrição, maternidade, paternidade, parto natural e cirúrgico, amamentação, cuidados com o bebé, sexualidade, analgesia e anestesia, e ainda devem recebem apoio psicológico e social (Perry, 2002). E, neste âmbito, o método PPP tem-se revelado com resultados muito favoráveis (Frias & Franco, 2008), onde o profissional de saúde tem a responsabilidade e competência para proporcionar à mulher toda a informação e apoio que ela precisa e solicita desde a pré até à pós-concepção, permitindo à mulher que cada vez mais, participe e viva intensamente todo o processo do nascimento do seu(s) filho(s).

Aprender a cuidar-se na gravidez, a enfrentar a dor no trabalho de parto e a lidar com os desafios do quotidiano da maternidade/paternidade parece ser uma preocupação cada vez maior das mulheres/casal, tendo os profissionais de saúde papéis fundamentais, na preparação destas figuras parentais em construção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bonito, J. (2008). Fará a educação bem à saúde? *In* M. Lopes, *et. al.* (Orgs.), *Actas do I Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais.* Évora: Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. (em publicação)

Campillo, C., & Abizanda, S. (2007). Cuidados de los recién nacidos. *In* L. Cabero, D. Saldívar e E. Cabillo (Eds.), *Obstetícia y medicina materno-fetal* (pp. 505-509). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Costa, M., & López, E. (1998). *Educación para la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural.* Loures: Lusociência.

Cunningham, F. (2002). Williams: obstetrícia. (21.ªed.). Buenos Aires: Editorial Panamericana.

Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A.(2005). E*nvolvimento emocional inicial dos pais com o bebé*: Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Acta pediátrica portuguesa, 36*(2/3), 121-131. Consultado em 26 de Dezembro, 2008, a partir de http://hdl.handle.net/1822/4715.

Frias, A., & Franco, V. (2008). A *Preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo*. *Internacional journal of development and educational psychology, 1*(1), 47-54.

Graça, L. (2005). *Medicina materno-fetal*. Vol. 1. (3.ª ed.) Lidel: Edições Técnicas.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Kenner, C. (2001). *Enfermagem neonatal*. (2.ª ed.). Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores.

Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto.* Lisboa: Instituto Piaget.

Maldonado, M. (1997). *Psicologia da gravidez.* São Paulo: Saraiva.

Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, A. (2005). Antecipação da experiencia de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista portuguesa de psicossomática, 7*(1), 7- 41.

Perry, S. (2002). O cuidado em enfermagem materna. (5.ª ed.). Porto Alegre: Artemed Editora.

Rezende, J. (1992). *Obstetrícia.* (6.ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Rodrigues, M., Pereira, A., Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde. Formação pedagógica de educadores de saúde.* Coimbra: Formasau.

Stern, D.(1997). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas

Waldenström, U., Bergman, V., & Vasell, G. (1996). The complexity of labor pain: experiences of 278 women. *Journal of pyschosomatic obstetrics and gynecology, 17* (4), 215–228.

Wilson, D., & Askin, D. (2006). Problemas de saúde do neonato. *In* J. Hockenbery (Eds.), *Wong. Fundamentos de enfermagem pediátrica*. (7.ª ed.). (pp. 222-306). Rio de Janeiro: Elsevier.

Vander, A. (1980). *Parto sem dor.* (3.ª ed.). São Paulo: Mestre You.

Vellay, P. (1998). *A vida sexual da mulher: o método psicoprofiláctico do parto sem dor.* (8.ªed). Lisboa: Editorial Estampa.

Velho, C. (2000). Preparação e recuperação do parto: centro nasce em Lisboa. *Revista mamãs e bebés*, *1*(1), 19-21.

EL PLAN MARCO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE EXTREMADURA: UN ENTORNO COMÚN PARA LA REALIZACIÓN, LA CONSOLIDACIÓN Y EL IMPULSO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Isabel Mancebo Corral[1], Ana Regalado[2], José Andrada[3], Eulalio Ruiz Muñoz[4] & José Luis Ferrer Aguareles[5]

Resumen

En diciembre de 2007 fue publicado el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012 (PMEpS). En su elaboración participaron más de 300 profesionales de la región pertenecientes a los ámbitos sanitario, educativo y sociocomunitario y laboral. Se trata del primer Plan Estratégico de Educación para la Salud realizado en España según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en él se contempla especialmente la perspectiva de género y establece actuaciones específicas para garantizar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres. Este PMEpS constituye un marco común para la realización, la consolidación y el impulso de la Educación para la Salud, garantizando además la coordinación y una atención sanitaria integral al individuo y a la comunidad.

Palabras clave

Educación para la salud; promoción de la salud; planificación sanitaria.

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud aborda el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables que guardan relación con las acciones de los individuos, como los estilos de vida, incluyendo los aspectos sociales, educativos, laborales, de acceso a servicios sanitarios adecuados y del entorno físico[i].

La Educación para la Salud (EpS) es la herramienta básica de la promoción de la salud, para atajar los principales problemas que amenazan la salud de nuestra sociedad como los trastornos alimentarios, sedentarismo, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes, adicciones, violencia, así como otros grandes problemas, que van apareciendo o aumentando su incidencia, debido a hábitos y conductas de riesgo, generalmente importados de otras culturas[ii, iii].

La EpS no es una hipótesis abstracta, es una realidad que debe responder a las necesidades de salud, y la posibilidad objetiva de adquirir comportamientos positivos en

1. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. **mariaisabel.mancebo@salud.juntaextremadura.net**
2. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. **anabelen.cantero@salud.juntaextremadura.net**
3. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. **josemaria.villa@salud.juntaextremadura.net**
4. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. **eulalio.ruiz@salud.juntaextremadura.net**
5. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. **joseluis.ferrer@salud.juntaextremadura.net**

lo relativo a la salud[iv]. Igualmente, contribuye a la adquisición de una actitud preventiva y de toma de decisiones conscientes, coherentes y orientadas a la defensa y promoción de la salud, así como a la correcta utilización de los servicios sanitarios, y maduración de individuos capaces de evaluar factores de riesgo y trabajar por la mejora del entorno[v].

Como recomienda la OMS, la EpS se debe construir sobre un modelo participativo, dinámico y abierto, por tanto multidisciplinar, abarcando todos los ámbitos implicados en la misma (sanitario, educativo, y sociocomunitario y laboral)[vi].

En la planificación sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura[vii], se contempla la EpS como un área prioritaria de intervención. En este contexto, la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura a través de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, se planteó la elaboración y desarrollo del Plan Marco de Educación para la Salud en Extremadura (PMEpS), como herramienta de planificación que permitiera impulsar y coordinar las actividades de EpS de la forma más efectiva y eficiente posible[vi].

OBJETIVOS

Debido a la proximidad geográfica entre España y Portugal y, más concretamente entre Extremadura y Portugal, el presente trabajo se ha realizado con el objeto de:

Dar a conocer el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012 (PMEpS).

Facilitar el conocimiento de experiencias sobre EpS, realizadas por la Comunidad Autónoma de Extremadura, e impulsar el intercambio de las mismas entre ambos países, para promover la calidad y la eficiencia en las intervenciones de EpS.

Divulgar modelos, estrategias y prácticas llevadas a cabo en nuestra Comunidad Autónoma para promocionar la EpS, como elemento básico de salud pública en la atención integral a los problemas de salud, entre los ámbitos sanitario, educativo y sociocomunitario y laboral, y profesionales responsables de las Administraciones Públicas.

Promover el conocimiento mutuo en temas de EpS y contribuir con ello a una colaboración más estrecha en EpS entre las regiones fronterizas de España y Portugal.

Propiciar la capacidad de compartir proyectos futuros en EpS, en las zonas rayanas.

METODOLOGÍA

El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 estableció la necesidad de elaborar e implantar un PMEpS en Extremadura.

En virtud del anterior mandato, se dictó la Orden de 23 de marzo de 2006 por la que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del PMEpS (Diario Oficial de Extremadura n.º 40 de 4 de abril de 2006), encomendándose dichas labores a la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Dependencia[viii].

El PMEpS se construyó sobre un modelo participativo, dinámico, abierto y adaptado a las necesidades de la población extremeña, teniendo en cuenta las condiciones sociales, ambientales y económicas de la misma, creando un espacio de consenso para la acción priorizada en EpS, y buscando la colaboración, coordinación y compromiso de todos los sectores: administraciones de cualquier nivel y tipo (sanitaria, educativa, local, etc.), profesionales del ámbito sanitario, educativo, y sociocomunitario y laboral, asociaciones sin ánimo de lucro, entre ellas, Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAS), Universidad, ONGs y otras entidades[vi].

El órgano encargado de la elaboración, seguimiento y evaluación del PMEpS fue el Comité Director, responsable de garantizar el normal desarrollo de la elaboración del PMEpS y de la coordinación interinstitucional, compuesto por los responsables de unidades directivas y por los técnicos relacionados con la EpS. Todos ellos dependientes de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Dependencia.

ETAPAS DEL PMEPS

La elaboración del PMEpS pasó por las siguientes etapas:

1) Análisis de Situación de la EpS en Extremadura.

Se constituyó un Grupo de expertos de Análisis de Situación, con 24 personas pertenecientes a los diferentes ámbitos antes mencionados y con un coordinador designado por el Comité Director para agilizar las relaciones entre los expertos. Este grupo fue el encargado de realizar un exhaustivo estudio de la situación de la EpS en Extremadura: recopilación, interpretación y análisis de la información disponible sobre las características y estado de salud de la población extremeña, la organización y recursos sanitarios, educativos, laborales y sociales, actividades y estrategias en EpS, así como las necesidades sentidas en este campo en Extremadura, en los últimos años.

2. Determinación de Objetivos y definición de Líneas de Actuación. Grupos de expertos de las Áreas de Intervención.

Se definieron las diferentes Áreas de Intervención que el PMEpS debería desarrollar para conseguir un abordaje integral y de calidad de la EpS.

La revisión detallada de la situación actual de la EpS en la región, llevó a la detección de una serie de problemas que, posteriormente mediante el Método Hanlon, fueron ordenados en función de su priorización. Esa priorización también definió las Áreas de Intervención que el PMEpS debía desarrollar, con el objetivo de conseguir un abordaje integral y de calidad de la EpS en Extremadura. Además de un Grupo de Expertos para realizar el Análisis de Situación, se constituyeron Grupos de Expertos por cada una de las Áreas de Intervención, cada uno de los cuales, elaboró un documento de consenso con los objetivos y líneas de actuación.

3. Redacción del Documento – Propuesta del PMEpS.

Tras refundir los documentos de consenso de los Grupos de Expertos de las Áreas de Intervención y del Análisis de Situación (Documento-Propuesta del PMEpS), éste fue remitido a un amplio número de profesionales, administraciones, entidades de la comunidad, universidades, etc., con el fin de que procedieran al análisis del mismo, pudiendo efectuar propuestas y enmiendas, siempre acompañadas de su justificación.

4. Jornada Técnica de Debate sobre el PMEpS.

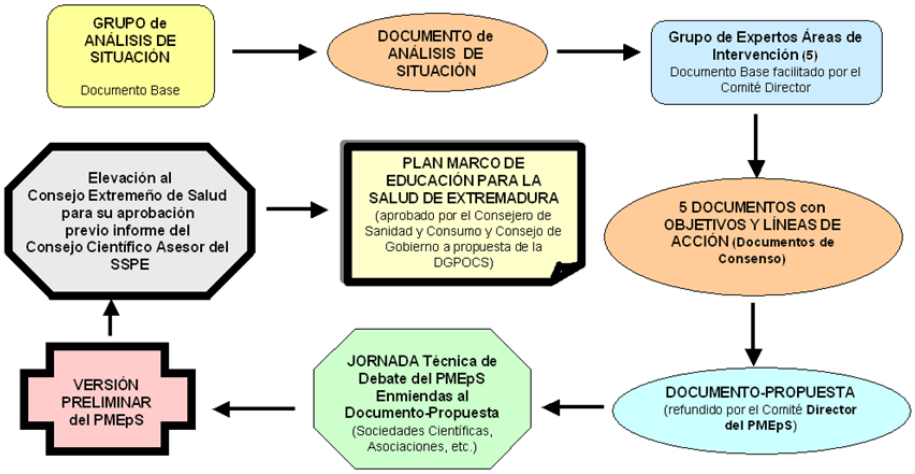
Con el objeto de proceder al debate, análisis y valoración de las diferentes propuestas o enmiendas efectuadas al Documento-Propuesta, se celebró la Jornada Técnica de Debate del PMEpS, con una alta participación de profesionales integrantes de los Grupos de Expertos; expertos consultores, ajenos hasta este momento, a la elaboración del PMEpS; representantes de Colegios Profesionales, Federaciones, Asociaciones, ONGs y Sociedades Científicas relacionadas con la EpS; así como la Universidad de Extremadura, otras Consejerías de la Junta de Extremadura, Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (AMPAS), etc.

5. Versión preliminar del PMEpS y aprobación.

Las enmiendas admitidas fueron incorporadas al texto, obteniéndose así la Versión Preliminar del PMEpS, que tras ser analizado por el Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad y Dependencia, fue remitido al Consejo Extremeño de Salud y al Consejo Científico Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura, con el fin de que pudieran estudiarlo y proponer posibles mejoras antes de su aprobación definitiva.

Finalmente, el 14 de diciembre de 2007 fue aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura el texto definitivo del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012 (figura 1).

Figura 1. Fases de elaboración del PMEpS.



4. RESULTADOS

El PMEpS se publicó estructurado en VI Capítulos, para facilitar su manejo a todas las personas interesadas en el mismo.

En su **Capítulo I. Introducción**, se contemplan, como contenidos más significativos, los antecedentes y justificación del Plan, su estructura, el marco normativo, las metas, objetivos y principios, así como las características principales del PMEpS.

La metodología de elaboración del PMEpS, se recoge en el **Capítulo II**, donde se observa cómo el proceso de elaboración del mismo se planteó como un espacio participativo y abierto, basado en la promoción de la cooperación interinstitucional, multidisciplinar y la participación activa de toda la comunidad.

El análisis de situación se plasma en el **Capítulo III,** en el cual se sintetiza el trabajo de recopilación, interpretación y análisis de la información disponible sobre las características demográficas y aspectos socioeconómicos de la población extremeña; la situación de salud de la misma (percepción del estado de salud, esperanza de vida, estilos de vida, mortalidad, etc.); los recursos y servicios existentes en los ámbitos fundamentales de la EpS; las anteriores iniciativas llevadas a cabo para impulsar la EpS; las necesidades sentidas en EpS; las Estrategias de EpS en Extremadura, llevadas a cabo hasta ese momento, etc. De la valoración y análisis de situación se detectaron una serie de necesidades y problemas en EpS en Extremadura, que fueron priorizados utilizando el "Método Hanlon" (tabla 1).

En base a esta priorización, las Áreas de Intervención definidas fueron:

- Área 1: Elementos de Apoyo y Transversales.
- Área 2: Ámbito Sanitario.
- Área 3: Ámbito Educativo.
- Área 4: Ámbito Sociocomunitario y Laboral.
- Área 5: Formación e Investigación.

Tabla 1. Cinco primeros problemas y necesidades detectados, priorizados por áreas de intervención. Técnica de establecimiento de prioridades: Método Hanlon.

Área de Intervención: Elementos de Apoyo y Transversales	
1	Escasez de guías de realización de proyectos y actividades de EpS
2	Página web poco desarrollada
3	Insuficiente difusión de las actividades realizadas
4	Escasez de materiales
5	Escasa motivación, incentivación y reconocimiento
Área de Intervención: Ámbito Sanitario	
1	La EpS no está incorporada plenamente a Cartera de Servicios
2	La EpS no se contempla en carrera profesional
3	Escasa integración de la EpS. Ausencia de las agendas de los profesionales
4	Escasa o nula actividad de los consejos de salud de zona en la potenciación de la EpS
5	Escasez de tiempo: elevada presión asistencial
Área de Intervención: Ámbito Educativo	
1	Insuficiente dotación en algunos centros educativos de los materiales necesarios para actividades de EpS y su puesta en práctica
2	Poca potenciación de la EpS en los centros educativos
3	Poca consideración de la importancia de las actividades de EpS en Educación Infantil
4	La EpS está diluida y no es visible, con insuficiente promoción de la transversalidad o de la asignatura o de otros elementos que pudieran paliar esta situación
5	Insuficiente participación de los padres y madres, del personal no docente y del resto de integrantes de la comunidad educativa
Área de Intervención: Ámbito Sociocomunitario y Laboral	
1	Insuficiente utilización de recursos comunitarios
2	Insuficiente participación e implicación de los diversos actores de la comunidad
3	Escasez de tiempo
4	Desajuste de las actividades realizadas en relación con los requerimientos del entorno
5	Dificultad para abordar ciertos temas en ciertos ámbitos
Área de Intervención: Formación e Investigación	
1	Insuficiente formación de los profesionales de los tres ámbitos en promoción y EpS
2	Oferta formativa insuficiente y no ajustada a la temática más demandada
3	Insuficiente formación en promoción y EpS en la Universidad
4	Pocas ocasiones de encuentros entre los profesionales de los distintos ámbitos (jornadas, talleres, etc.)
5	Dificultades de accesibilidad a las actividades formativas

Posteriormente, en el **Capítulo IV**, se fijan los objetivos y líneas de actuación en EpS priorizados para cada una de las cinco áreas de intervención antes establecidas (tabla 2).

Tabla 2. Objetivos priorizados del PMEpS.

Área de Intervención: Elementos de Apoyo y Transversales	
Objetivo 1	Promocionar la importancia de la EpS en todos los ámbitos y niveles: sanitario, educativo y comunitario
Objetivo 2	Desarrollar elementos de apoyo y motivación, a la EpS en todos los ámbitos fundamentales de ésta
Objetivo 3	Promover la calidad y la eficiencia en las intervenciones de EpS
Objetivo 4	Incrementar el número de materiales y ponerlos a disposición de todos los profesionales y entidades sin ánimo de lucro interesadas en EpS
Área de Intervención: Ámbito Sanitario	
Objetivo 5	Impulsar y consolidar estrategias de EpS en los servicios sanitarios, durante el periodo de vigencia del PMEpS
Objetivo 6	Coordinar las estrategias y acciones de las diferentes administraciones y organismos responsables de la planificación y ejecución de la EpS en el ámbito sanitario, durante el periodo de vigencia del PMEpS
Área de Intervención: Ámbito Educativo	
Objetivo 7	Garantizar la dotación de los centros educativos con los materiales de apoyo necesarios para potenciar el desarrollo de actividades de EpS
Objetivo 8	Potenciar la EpS en los centros educativos de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
Objetivo 9	Promover, dentro de la Educación Infantil en Extremadura, la realización de actividades de EpS como parte fundamental del desarrollo del niño/a
Objetivo 10	Fomentar la participación de los padres y madres, del personal no docente y del resto de integrantes de la comunidad educativa, en todo lo referente a la promoción y EpS entre el alumnado
Objetivo 11	Optimizar el tiempo efectivo disponible para el desarrollo de la EpS dentro del horario de trabajo
Área de Intervención: Ámbito Sociocomunitario y Laboral	
Objetivo 12	Optimizar los cauces de comunicación y coordinación entre las organizaciones comunitarias y de éstas con la Administración para el desarrollo de actividades de EpS durante el período de vigencia del PMEpS 2007 – 2012
Objetivo 13	Fomentar la participación activa de las organizaciones comunitarias en los programas y actividades de EpS durante el período de vigencia del PMEpS 2007 – 2012
Objetivo 14	Aumentar el rigor técnico de las intervenciones o actividades de EpS desarrolladas desde el ámbito sociocomunitario
Objetivo 15	Potenciar la EpS en el ámbito laboral de la Comunidad Autónoma de Extremadura
Objetivo 16	Conseguir que los grupos más vulnerables (personas con discapacidad, mayores, minorías étnicas, inmigrantes, jóvenes, mujeres, menores, etc.) tengan el acceso a los programas de EpS en igualdad de condiciones que el resto de la población
Objetivo 17	Impulsar y promover la igualdad entre mujeres y hombres en todos los ámbitos de la EpS
Área de Intervención: Formación e investigación	
Objetivo 18	Impulsar e incentivar la formación presencial y a distancia de los universitarios, profesionales y otros colectivos de los diversos ámbitos de EpS en Extremadura durante el periodo de vigencia del Plan
Objetivo 19	Fomentar la investigación y difusión de la producción científica en EpS en Extremadura en todos sus ámbitos durante la vigencia del Plan
Objetivo 20	Fomentar la investigación de los materiales más adecuados utilizables en EpS en todos los ámbitos

El **Capítulo V** organiza el seguimiento y evaluación, según lo dispuesto en la Orden de 23 de marzo de 2006 por la que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del PMEpS. En ella, se encomienda a la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, el seguimiento y evaluación

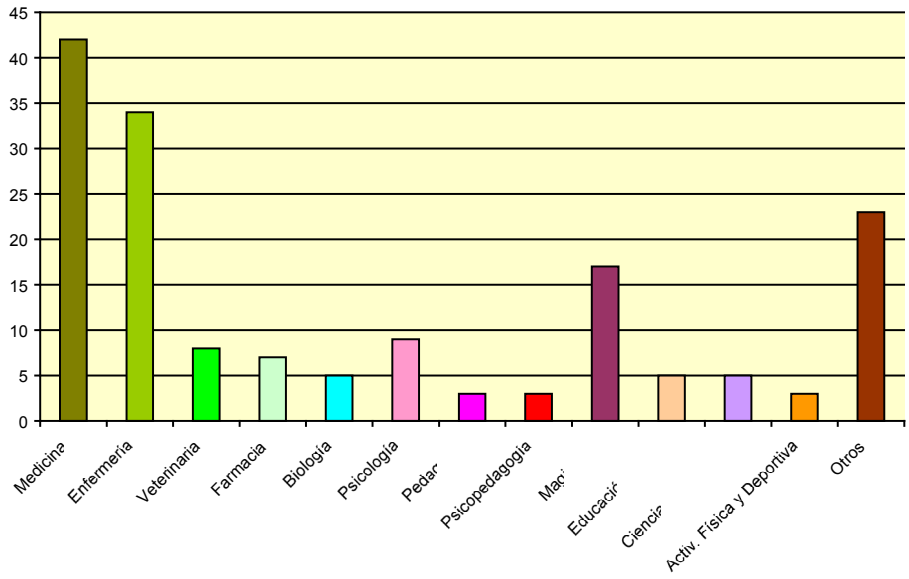
del PMEpS. Para reforzar estos mecanismos de seguimiento y evaluación, todos los objetivos y líneas de actuación priorizados disponen de responsables y de indicadores, del mismo modo, anualmente dispone la elaboración de un informe de seguimiento del Plan, contando con el asesoramiento del Consejo Asesor de EpS de Extremadura, órgano colegiado de carácter consultivo en EpS, y una vez finalizado su periodo de vigencia, se realizará una evaluación global que permitirá conocer los resultados obtenidos en relación con las actividades propuestas, orientadas a alcanzar sus objetivos y líneas de actuación priorizados.

Finalmente, en el **Capítulo VI** dedicado a la financiación, podemos observar de nuevo la intersectorialidad del Plan, ya que su financiación provendrá de los organismos de las administraciones públicas implicados en el diseño, ejecución y seguimiento de las actuaciones previstas en el Plan.

Los últimos cinco apartados están dedicados a Anexo, Abreviaturas, Bibliografía, Autores y Colaboradores.

La participación fue uno de los principales pilares en la elaboración de este Plan. Por ello merecen especial atención los autores y colaboradores del mismo. Como se ha citado, a lo largo de todo el proceso se dio participación a un nutrido grupo de profesionales, administraciones, entidades de la comunidad, universidades, etc., para que todos pudieran realizar las aportaciones que consideraran oportunas desde sus diferentes perspectivas. De esta forma participaron, entre otros: 84 profesionales integrantes de los Grupos de Expertos del Análisis de Situación y de las Áreas de Intervención y 90 Expertos Consultores. Todas estas personas son profesionales con diferentes titulaciones de los ámbitos sanitario, educativo y sociocomunitario y laboral, lo que permitió realizar un abordaje integral de la EpS en todos sus ámbitos fundamentales e involucrar, de forma activa, a los diferentes colectivos implicados y a la sociedad extremeña en general (figura 2).

Figura 2. Distribución de participantes en el PMEpS según su titulación.



También se contó con la colaboración de diferentes entidades y organizaciones de la comunidad (tabla 3).

Tabla 3. Participación de otras entidades colaboradoras en el PMEpS.

Otras entidades colaboradoras	
Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (AMPAs)	2
Asociaciones culturales	6
Asociaciones de profesionales	5
Asociaciones de familiares y enfermos	7
Federaciones	2
Centros de Profesores y Recursos (CPRs)	9
Centros educativos no universitarios	10
Centros educativos universitarios	1
Sociedades científicas	4
Colegios profesionales	3

DISCUSIÓN. CONCLUSIONES

Tras muchos años de trabajo en EpS en Extremadura, este PMEpS supone su culminación. Sienta las bases de la EpS para los próximos años en Extremadura, constituyendo un "marco común" para la realización, la consolidación e impulso de la EpS.

El PMEpS con periodo de vigencia 2007-2012, es un documento diseñado para facilitar el compromiso activo de la ciudadanía, profesionales y administraciones en la EpS; y su contenido **está en consonancia con las líneas marcadas por las organizaciones internacionales y estatales** (OMS, Unión Europea, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, etc.).

La meta del PMEpS 2007-2012 es dotar a la población de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan incrementar y preservar la salud integral de la persona y de la comunidad.

Las **características** más innovadoras del PMEpS son tres:

En su elaboración se tuvieron en consideración las necesidades sentidas de los profesionales implicados en el desarrollo de la EpS en Extremadura.

Establece actuaciones específicas para garantizar la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

Está diseñado para la colaboración, coordinación y compromiso de todos los sectores que participaron en su elaboración.

Los **objetivos** primordiales y los principios rectores de ese Plan, pueden resumirse en ocho puntos:

La consecución de unos niveles óptimos de salud y de bienestar social de la población extremeña.

La reducción de inequidades y el aumento de la calidad de la atención y la información a la población.

La promoción de la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

La optimización de la colaboración y coordinación interinstitucional en las acciones e intervenciones en EpS, que posibiliten la evaluación de las necesidades y recursos disponibles.

La participación de todos los ámbitos implicados en la EpS.

La efectividad y la eficiencia.

La accesibilidad en condiciones de igualdad y no discriminación.

La adecuación de los servicios a las necesidades de la población y la satisfacción de los usuarios.

Por su contenido, metodología de elaboración y estructura, el PMEpS se ha convertido en referente regional y nacional no existiendo, hasta la fecha, en España, un plan con las peculiaridades del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012 que abarca, siguiendo las recomendaciones de la OMS, los ámbitos educativo, sanitario y sociocomunitario y laboral.

El PMEpS constituye un elemento esencial para avanzar en la definición de futuras intervenciones y nuevos objetivos en el ámbito de la EpS en Extremadura, en posteriores periodos de planificación.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud, Glosario [monografía en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. Disponible en:

http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_prevencion.htm

Ministerio de Sanidad y Consumo. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Madrid: UIPES; 2000.

Ruiz E, Ferrer JL, Villa JM, Cantero AB, Guerrero J, Gago I. La Educación para la Salud en Extremadura: una aproximación en la planificación estratégica. Salud 2000 2006; 108: 13-19.

Serrano MI. La Educación para la Salud del siglo XXI. Comunicación y salud. Madrid: Díaz de Santos; 2002.

Mori A. La educación sanitaria. Italia: Universidad de Perugia; 1990.

Cantero AB, Guerrero J, Ferrer JL, Molinero EM, Ruiz E, Villa JM, coordinadores. Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007.

Junta de Extremadura. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2005.

Orden de 23 de marzo de 2006, por la que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan Marco de Educación para la Salud en Extremadura. Diario Oficial de Extremadura n.º 40 (04-04-2006). Disponible en:

http://www.saludextremadura.com/opencms/export/system/bodies/contenidos/DGPOCS/informe20060810124104718/20060404_Plan_Marco_Educacixn_para_la_Saludx_Orden.pdf

ESCUELA MUNICIPAL DE SALUD Y CONSUMO

Antonio Calvo[1] & Raquel Guevara[2]

Resumen

El Ayuntamiento de Salamanca, desde su Concejalía de Salud Pública y Consumo, emprende y afronta, mediante un enfoque comunitario, un ambicioso proyecto con el que mejorar el antiguo modelo de Salud orientado casi exclusivamente a la asistencia sanitaria. La Promoción de Salud junto a la Sanidad Ambiental son tareas fundamentales *potenciadas y apoyadas* desde el área de Salud Pública, desarrolladas con el objetivo común de permanecer en proceso de avance y mejora. Para ejercer su labor como ***Promotor de Salud***, el Ayuntamiento, elabora un *proyecto contínuo* en el tiempo, dinámico y *de ámbito comunitario* dirigido a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos salmantinos: "La Escuela Municipal de Salud y Consumo", un instrumento a través del cual desarrollar e impulsar medidas de Promoción y Educación para la Salud. Con este propósito, la Escuela cumple con diversas funciones: Potenciar la coordinación entre el Sistema Sanitario y las redes de Apoyo Social de la ciudad. Desarrollar programas concretos de Educación para la Salud junto a diferentes colectivos. Prestar asesoramiento y apoyo a entidades, asociaciones,grupos de población… y fomentar así la responsabilidad de los ciudadanos ante su propia salud y la de los que le rodean. Promover la realización de estudios que sirvan de análisis de la situación actual de nuestra ciudad en materia de Salud. Establecer métodos de evaluación a largo plazo que sirvan para establecer medidas de mejora en las actuaciones. Facilitar información y formación a los ciudadanos que les ayuden a influir positivamente en su Salud y la de los que le rodean. Servir como centro de recursos sobre EpS. Para cumplir los anteriores objetivos, la Escuela Municipal de Salud y Consumo pone en marcha diferentes *programas* de Promoción de la Salud destinados a diferentes coletivos. En 2007, se organizan un total de 1356 actividades y participan 18.634 personas en nuestra Escuela.

Palavras claves

La comunicación se referirá a los diferentes programas que llevamos a cabo desde Salamanca para promocionar la salud de los ciudadanos y se explicará a través de una presentación en power point cuya duración será de 1 hora aproximadamente. Podemos centrar la comunicación en cualquiera de las áreas de trabajo o específicamente en alguno de los programas dependiendo del tiempo del que se disponga para la exposión.

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE SALUD DE 2008

PROGRAMAS DIRIGIDOS A POBLACIÓN GENERAL

1. Programa PONTE EN MARCHA, ganarás salud de promoción de ejercicio físico de forma regular.

Tenemos 7 grupos de caminantes.

Se realiza para los participantes 1 charla al mes sobre *educación para la salud:*

- prevención de accidentes, alimentación saludable, medio ambiente,…

Se realiza un acto de clausura el día 5 de junio coincidiendo con el Día Mundial del Medio Ambiente. Se realiza una actividad especial en el parque Huerta Otea para despedir el curso.

1. Ayuntamiento de Salamanca. Jefe de sección de Salud Pública y Consumo. **acalvo@aytosalamanca.es**
2. Ayuntamiento de Salamanca. Técnico de Promoción de Salud. **atusalud@aytosalamanca.es**

2. Campaña "verano y salud".

Campaña informativa destinada a usuarios de las piscinas municipales de la ciudad. Se realizan un total de 25 sesiones.

Se tratan los siguientes temas: prevención de riesgos solares, prevención de accidentes en el ocio(niños).

3. Puntos saludables.

Se trata de instalar puntos de salud (mesas informativas) en distintos puntos de la ciudad: mercados, parques infantiles, plazas,… Se instalan un total de 50 puntos, 50 salidas por la ciudad en los meses de junio y septiembre.

4. Boletín electrónico "salamanca saludable".

Boletín electrónico de educación para la salud. Actualmente lo reciben 4.080 personas inscritas e interesadas en recibirlo en su correo electrónico. Se editan entre 6 y 8 boletines este año. Para recibirlo de forma gratuita: www.aytosalamanca.es

5. Apoyo a las Jornadas castellano-leonesas de educación sanitaria.

Apoyamos a AUSBANC en la organizazción de sus jornadas sanitarias. Se realizan en el segundo trimestre del año.

6. Día Mundial del Corazón.

Celebración de este día con 3 paseos cardiosaludables monitorizados por la ciudad. Sirve como acto de presentación del programa: ponte en marcha, ganarás salud.

7. Reparto del decálogo para una vida más saludable.

Se reparten un total de 1.000 decálogos entre los participantes de nuestra Escuela.

PROGRAMAS DIRIGIDOS A JÓVENES.

8. Consulta Joven en materia de salud

Se atiende la consulta joven los jueves en horario de mañana de 10 a 14 horas en el Espacio Joven. C/ José Jauregui, 16. Se realiza una campaña de difusión del servicio y varios cursos de formación dirigidos a educadores.

9. Coordinación de la Comisión de prevención de ETS, VIH y SIDA.

Se coordina la Comisión de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual de la ciudad, en la que participan 12 asociaciones, entidades y administraciones para coordinar las actuaciones realizadas sobre Educación afectivo-sexual. Desde este grupo de trabajo se organiza conjuntamente una campaña informativa temporalizada en octubre y noviembre.

El Ayuntamiento financia todos los años el material utilizado en esta campaña.

10. Talleres escolares.

Se ofertan los siguientes talleres para escolares:

- 35 cuentacuentos sobre nutrición para niños de Educación Infantil.
- 30 talleres sobre iniciación a un consumo responsable para niños de educación primaria.
- 30 talleres de prevención de riesgos en el ocio para niños de educación primaria.

- 32 talleres de 3 sesiones de la campaña: salud y alimentación. 2.º de ESO.
- 53 talleres de 3 sesiones sobre prevención de tabaco y alcohol . 1.º y 2.º de ESO.
- 40 talleres de tolerancia y prevención de violencia. Para 1.º , 2.º, 3.º y 4.º de ESO.
- 42 talleres dirigidos a alumnos de 1.º y 2.º de la ESO sobre educación afectivo-sexual

11. Atención a peticiones concretas en materia de salud

La Escuela de salud, atiende peticiones concretas sobre educación para la salud para colegios, AMPAS, grupos juveniles,… realizando talleres sobre las materias concretas que solicita cada grupo(sexualidad, alimentación, higiene,...

DIRIGIDOS A ASOCIACIONES Y GRUPOS CIUDADANOS

12. Talleres para asociaciones y grupos

Se oferta a las diferentes asociaciones de la ciudad la posibilidad de realizar talleres sobre educación para la salud con sus socios y/o usuarios.

Se ofertan este año los siguientes temas:

Trastornos del sueño. Los beneficios de la relajación, la meditación y los masajes. Inteligencia emocional. Actividad y reposo. Alimentación, equilibrio físico. Vértigo. *Primeros auxilios y riesgos en el hogar. Cuidados del cuidador. Habilidades sociales y de comunicación. Claves para mejorar la convivencia. Alimentación. Alimentos y enfermedad. Dieta equilibrada. Derechos y deberes de los consumidores. Vivir la vida con humor. Higiene postural. Manipulación de alimentos. Relajación. Musicoterapia*. *Dramaterapia.*

Se dirigen a las siguientes asociaciones y grupos:

CEAS, As. De mayores, de vecinos, de mujeres, de consumidores, de ayuda mutua,…

Para las asociaciones juveniles, se ofertan 30 talleres de 3 sesiones sobre educación afectivo-sexual.

13. Talleres de Primeros auxilios y Reanimación cardio-pulmonar

Para diferentes grupos. Se realizan un total de 80 talleres en las diferentes asociaciones de la ciudad.

DIRIGIDOS A FAMILIAS. PADRES Y MADRES.

14. Coordinación del grupo de trabajo: familias y salud.

Servimos de apoyo al programa: **educar en familia**, del departamento de Servicios Sociales de este Ayuntamiento. Analizando las necesidades en materia de salud que estas familias presentan y apoyando a los educadores con formación o materiales para el fácil acceso de estas familias al sistema sanitario. Este año, nos centramos en aquellos aspectos en los que hay que hacer especial incapié: alimentación saludable, seguimiento de los tratamientos médicos, y planificación familiar.

15. Escuelas de padres en guarderías.

Actualmente hay un total de 17 grupos de padres que han solicitado la actividad en

diferentes guarderías y centros de educación infantil de la ciudad.

Este año se trabajan los siguientes temas:

Algunos problemas habituales (alteraciones digestivas, respiratorias y fiebre). Impartida por enfermeras de los servicios de pediatría.

Resolución de conflictos. Impartida por psicólogos.

Participan en el programa en este momento 255 padres.

16. Apoyo a la campaña de promoción de la Lactancia Materna.

Apoyamos la campaña de promoción de lactancia materna que junto con UNICEF, el Colegio de Enfermería, la Junta de Castilla y León y el grupo de apoyo a la lactancia de Salamanca se organiza todos los años.

DIRIGIDOS A POBLACIÓN INMIGRANTE

17. Coordinación de grupo de trabajo " Inmigración y salud ".

Se coordina el grupo de trabajo que trata de analizar la situación de salud de las personas inmigrantes que se encuentran en nuestra ciudad.

Se trata de un grupo formado por 15 entidades, asociaciones, administraciones y con representación de la gerencia de Atención Primaria , que se reúnen con la intención de coordinar las actuaciones en materia de inmigración y salud en nuestra ciudad. Se realizarán aproximadamente 6 reuniones anuales.

18. Cursos sobre salud destinados a población inmigrante. (gracias a un convenio con Junta de Castilla y León).

Se realizarán diferentes cursos con este grupo de población:

- 1 curso sobre SALUD INFANTIL.
- 1 curso sobre HABILIDADES SOCIALES
- 1 curso sobre ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN A MAYORES.
- 2 talleres sobre COCINA SALUDABLE. RECETARIO DE COCINA ESPAÑOLA.
- 2 talleres sobre RECURSOS SOCIO-SANITARIOS DE SALAMANCA.
- 1 taller sobre prevención de cáncer de cuello de útero y mama para mujeres que ejercen la prostitución.
- 20 carnets de manipulador de alimentos.

19. Reedición y nuevo reparto de la

GUÍA DE SERVICIOS DE SALUD DE SALAMANCA.

Guía informativa para población inmigrante sobre los diferentes recursos que existen en nuestra ciudad tanto sociales como sanitarios. Editada en 10 idiomas en el 2006, será reeditada gracias a su buena difusión y sus numerosas solicitudes.

20. Apoyo al programa: MEDIACIÓN CON MUJERES LATINOAMERICANAS.

(convenio Cruz Roja salamanca). Se apoya el programa de mediación Intercultural con mujeres latinoamericanas para promocionar la salud de este colectivo. Actualmente el proyecto se encuentra en fase de diagnóstico, se apoyará durante este año a las dos educadoras contratadas para diseñar las estrategias de intervención con este grupo de

población.

DIRIGIDOS A ASOCIACIONES Y GRUPOS DE AYUDA MUTUA

21. Establecimiento de convenios económicos y cesión de locales.

Se apoya a estos grupos:

- Dotación económica. 18 convenios económicos.
- Cediéndoles espacios donde organizar sus actividades. Casa de las Asociaciones.
- Ayudándoles en la difusión de sus actividades. Web del ayuntamiento, paneles luminosos, boletín electrónico,…
- Formación para sus técnicos. Se ofertará un curso formativo de 25 horas para los técnicos de estos grupos.
- Talleres para los socios de estos grupos.(los dirigidos a grupos y asociaciones)

DIRIGIDOS A PERSONAS SIN HOGAR

22. Talleres de educación para la salud con personas sin hogar.

En colaboración con el centro de acogida Padre Damián de Cáritas Diocesana, se realizan 2 CURSOS de formación de 8 horas cada uno sobre educación para la salud y se realizan también talleres realizados los sábados por la mañana sobre promoción de ejercicio físico, se ponen en práctica 12 sesiones de 90 minutos.

Cartel de actividades 2008

GABINETE DE APOIO AO ALUNO: EXPERIÊNCIAS, INTERVENÇÕES E PROJECTOS

Cristiana Carvalho[1] & Rosana Patané[2]

Resumo

Realçamos neste trabalho a importância que a Educação e a Saúde assumem nos dias de hoje, como pilares fundamentais do bem-estar individual e comunitário. As medidas legislativas e as recomendações do Ministério da Educação presentes no Relatório Final do GTES 2007, determinam que as escolas têm a responsabilidade de seleccionar um Professor-Coordenador de Educação para a Saúde e criar um Gabinete de Apoio ao Aluno, facultando informação e formação nas 4 áreas temáticas consideradas centrais no referido relatório. Assim, pretende-se apresentar os resultados de alguns projectos e intervenções educativas, utilizando as metodologias activas e participativas que suportaram as acções do referido gabinete e, destacar o papel dos Licenciados em Ciências da Educação, como reforço ao trabalho do Coordenador de Educação para a Saúde.

Palavra-chave

Professor-coordenador de educação para a saúde; Gabinete de Apoio ao Aluno; projectos de promoção e educação para a saúde.

INTRODUÇÃO

Actualmente, a saúde é considerada um requisito fundamental ao bem-estar e à qualidade de vida dos indivíduos, razão que tem levado a adopção de medidas legislativas no sentido de aumentar as intervenções de promoção de saúde em contexto comunitário. Neste sentido, o conceito de saúde passou a ser entendido como um "estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença" (OMS, 1978: 2, citado por Antunes, 2008, p. 53), centrando-se na saúde dos indivíduos.

Esta nova definição de saúde leva à noção de responsabilidade por parte dos indivíduos para manter e melhorar o seu nível de saúde, aumentando o poder de decisão e participação dos mesmos e da comunidade na promoção da saúde. Assim, a participação responsável de cada um e de todos, permite evitar, controlar e melhorar muitos problemas de saúde.

Neste sentido, a Educação para a Saúde, entendida como "um processo baseado em regras cientificas, utilizando oportunidades educacionais programadas, de forma a capacitar os indivíduos para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde, agindo isoladamente ou em conjunto" (resolução n.º 89/c3/01, citado por Rodrigues, 2005, p. 47) surge como uma estratégia relevante na Promoção da Saúde, inserindo-se em diversos contextos, a destacar o contexto escolar.

Desta forma, durante o Estágio de Mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, no ano lectivo 2007/2008 foi criado o Espaço de Atendimento a Jovens na Escola (ESPAÇO AJE) no Externato Cooperativo da Benedita, tendo por missão:

- Apoiar os jovens na promoção e educação da sua saúde e bem-estar;

1. Mestrado em Ciências da Educação na FPCEUC; Coordenadora do Gabinete de Apoio ao Aluno no Externato Cooperativo da Benedita (Espaço de Atendimento a Jovens na Escola – Espaço AJE). **cristianapc@hotmail.com**

2. Mestranda da FPCE da Universidade Coimbra. **sanamores788@hotmail.com e rosanapatane@ua.pt.**

• Proporcionar informação e formação nas áreas da promoção da saúde e na prevenção dos comportamentos de risco;

• Apoiar actividades culturais e de lazer para a promoção dos estilos de vida saudáveis;

• Desenvolver projectos educativos na área da saúde sexual e reprodutiva dos jovens em articulação com os projectos da Escola.

Neste Espaço de Promoção e Educação para a Saúde os alunos podem encontrar aconselhamento, apoio, informação, formação e, ainda participar em projectos promovidos pelo mesmo.

O Espaço de Atendimento a Jovens na Escola contou assim com a dinamização de várias actividades de intervenção educativa, acções de formação e projectos na área da Educação Sexual.

A EDUCAÇÃO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MEIO ESCOLAR

A educação e a saúde são considerados "pilares fundamentais do bem-estar individual e comunitário imprescindível ao desenvolvimento" (Antunes, 2008, p. 48), contribuindo a educação para o processo de ensino-aprendizagem de determinadas competências que facilitam a aquisição, escolha e manutenção de práticas saudáveis (Alcázar, 2003) e tem contado com o contributo de várias ciências, como é o caso das Ciências da Educação que dispõem de uma gama de saberes teórico-práticos que permitem "analisar e compreender diferentes processos de aprendizagem" e "interpretar os comportamentos humanos ao longo da vida e nos diferentes contextos onde se produzem" (Andrade, 1995, citado por Rodrigues, 2005, p. 48).

A Promoção da Saúde é "concretizável através de intervenções complementares e diversificadas, de diferente envergadura e abrangência, que podem ir desde as medidas legais, às medidas de prevenção, às modificações nas condições de vida ou à informação e educação para a saúde" (Silva, 2002, p. 211 e 212).

Como contexto privilegiado de Educação para a Saúde, a escola destaca-se por garantir a acessibilidade e continuidade das acções de saúde e permitir a implementação da Educação para a Saúde numa perspectiva de desenvolvimento integral das crianças e jovens, proporcionando a aquisição de conhecimentos, conceitos e valores importantes para a vida.

Assim, para garantir o acesso dos jovens à Educação para a Saúde, no sentido de complementar o trabalho desenvolvido pela família, o Ministério da Educação realça a importância da integração da Educação e Promoção da Saúde no Projecto Educativo das Escolas, de forma a aliar a Educação e a Saúde no contexto escolar.

De forma a destacar a Educação e Promoção da Saúde em meio escolar, dando especial relevo à Educação Sexual que é parte integrante do processo de Promoção da Saúde, enquanto contributo para a formação pessoal e social dos indivíduos e para a promoção da saúde sexual e reprodutiva (Ministério da Educação, 2000), surge o primeiro relatório do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (Relatório Preliminar do GTES), coordenado pelo Professor Doutor Daniel Sampaio, que estabelece os parâmetros gerais dos Programas de Educação Sexual em Meio Escolar. Posteriormente, surge o Relatório final[3] que reforça algumas propostas já indicadas pelo primeiro relatório e acrescenta outras resultantes da própria investigação levada a cabo pelo Grupo de Trabalho.

Destas propostas, resultam algumas medidas que deverão ser implementadas nas

3. Retirado de sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/documents/gtes_relatorio_final.pdf - acedido a 20 Novembro de 2007.

Escolas Portuguesas, entre as quais, a eleição de um Professor-Coordenador de Educação para a Saúde e a criação de Gabinetes de Apoio ao Aluno, com especial atenção para os alunos que frequentem o Ensino Secundário.

O ESPAÇO DE ATENDIMENTO A JOVENS NA ESCOLA (ESPAÇO AJE) NO EXTERNATO COOPERATIVO DA BENEDITA

Segundo o mesmo relatório, estes Gabinetes devem ser espaços de privacidade, para que os alunos possam ser ouvidos, possam encontrar algumas respostas e receber informação disponível, num sistema de atendimento individual. Além disso, as escolas com estes espaços devem criar parcerias com uma estrutura de saúde (Centro de Saúde, Hospital, Maternidade), para que, caso seja necessário, os alunos possam ser encaminhados para um apoio especializado fora da escola.

No que respeita ao Professor-Coordenador de Educação para a Saúde, a este compete promover e dinamizar acções de Educação para a Saúde centradas nas quatro temáticas consideradas principais pelo Grupo de Trabalho de Educação Sexual:

- Alimentação e Actividade Física;
- Consumo de substâncias psico-activas, tabaco, álcool e drogas;
- Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis (com especial atenção na SIDA);
- Violência em meio escolar/Saúde Mental.

Estas também devem estar na base da intervenção dos Gabinetes de Apoio ao Aluno.

Posteriormente, o Ministério da Educação pronuncia-se sobre as conclusões resultantes da pesquisa e trabalho do Grupo de Trabalho de Educação Sexual, reforçando as recomendações sobre a implementação dos Gabinetes e a selecção do Professor-Coordenador de Educação para a Saúde nas escolas.

AS ACTIVIDADES E OS PROJECTOS DESENVOLVIDOS

Durante o Estágio de Mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, no ano lectivo 2007/2008 foi criado o Espaço de Atendimento a Jovens na Escola (ESPAÇO AJE) no Externato Cooperativo da Benedita, tendo por missão:

- Apoiar os jovens na promoção e educação da sua saúde e bem-estar;
- Proporcionar informação e formação nas áreas da promoção da saúde e na prevenção dos comportamentos de risco;
- Apoiar actividades culturais e de lazer para a promoção dos estilos de vida saudáveis;
- Desenvolver projectos educativos na área da saúde sexual e reprodutiva dos jovens em articulação com os projectos da Escola.

Neste Espaço de Promoção e Educação para a Saúde os alunos podem encontrar aconselhamento, apoio, informação, formação e, ainda participar em projectos promovidos pelo mesmo.

O Espaço de Atendimento a Jovens na Escola contou assim com a dinamização de várias actividades de intervenção educativa, acções de formação e projectos na área da Educação Sexual.

Destas actividades, destaca-se o Dia Mundial de Luta Contra a Sida, actividade denominada por "Não te deixes APANHAR pela SIDA", que consistiu na desconstrução de alguns mitos relacionados com o VIH/SIDA, no qual os alunos assumiram um papel activo de educadores dos seus pares, numa metodologia muito utilizada na Educação para a Saúde – Educação pelos pares – jovens educam outros jovens.

De forma a comemorar o Dia do Não Fumador, foram construídos, com o apoio de um grupo de educação pelos pares, alguns cartazes que foram afixados na escola e marcadores de livros que foram distribuídos a outros alunos, com o intuito de os sensibilizar para os efeitos nocivos do tabaco e facultar sugestões em torno da prevenção do consumo de tabaco. Esta actividade designou-se por "Mais vida sem tabaco".

O Dia dos Namorados foi comemorado através de mensagens de sensibilização colocadas em caixinhas com rebuçados, procurando despertar para a importância das emoções, sentimentos e afectos como forma de promover o bem-estar e a sua importância no relacionamento interpessoal. Esta actividade denominou-se por "Emoções Alternativas… Descobre os sabores".

Tendo em conta as valências deste espaço informativo e de formação, o Gabinete promoveu alguns Workshops, dos quais se destacam o "Como (sobre)viver em equipa" realizado no âmbito do projecto "Viver a Escola", o "Salta Barreiras" realizado no Dia Internacional da Tolerância e o "Espanta Fumos" realizado para comemorar o Dia do Não Fumador. Todos eles foram realizados com o intuito de potenciar as competências pessoais e sociais e dar "empowerment" aos jovens para lidar com a pressão de pares, para a tomada de decisão, a resolução de problemas e a gestão do próprio auto-controlo, aumentando a compreensão e gestão dos seus recursos pessoais para aumentar o seu bem-estar.

Um outro projecto levado a cabo pelo Gabinete foi a dinamização da Semana da Saúde, que decorreu entre o dia 7 e o dia 22 de Abril, em que se realizaram sessões sobre os Estilos de Vida Saudáveis para as turmas do 7.º ano, numa metodologia activa e centrada no lúdico, aliando conhecimento, aprendizagem e dinâmica. Para a dinamização destas sessões foi construído um recurso pedagógico denominado por "Os 7 + 2 da Saúde".

Este Espaço promoveu, também, a realização de sessões sobre sexualidade, denominadas por "Sexualidade & Contracepção" e "Será isto um bicho de 7 cabeças*?"* e, contou com a implementação do Projecto "Sexualidade Saudável. Tu alinhas?" destinado a uma turma do 9.º ano, que envolveu a participação dos Pais e Encarregados de Educação, abrindo um "Espaço p'ra Pais" numa sessão de apresentação do projecto e numa de divulgação dos resultados.

O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SEXUAL - "SEXUALIDADE SAUDÁVEL. TU ALINHAS?"

Este Programa de Educação Sexual - "Sexualidade Saudável. Tu alinhas?" - teve como objectivos principais desenvolver uma sexualidade segura e saudável e prevenir comportamentos de risco no âmbito da sexualidade, tendo sido realizadas 11 sessões com base em metodologias activas e participativas, tendo em conta as seguintes temáticas:

- Expressões emocionais (amor, amizade, desejo, enamoramento, atracção…)

  - Auto-estima (nas relações com o próprio e com os outros)

  - Comportamento sexualizado (namoro, curtir, a 1.ª vez…)

- Orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade)

  - Gravidez

- Métodos Contraceptivos
- Saúde Sexual (agressões sexuais)

• IST's (Infecções Sexualmente transmissíveis como por exemplo a SIDA)

- Interrupção voluntária da gravidez (IVG)

• Comunicação e competências pessoais e sociais (resolver conflitos, dizer não, tomar decisões…)

A avaliação do Programa consistiu numa avaliação inicial, processual e final que nos permitiu obter dados importantes acerca dos interesses deste grupo sobre as temáticas prevista para o Programa, sobre os conhecimentos acerca de alguns mitos e realidades, sobre as atitudes e comportamentos dos alunos face à utilização do preservativo e à prevenção do VIH/SIDA, tendo sido utilizados e adaptados dois questionários – a "Escala Multidimensional de Atitudes em relação à utilização do Preservativo" (EMARUP) adaptada e validada por Félix Neto em 2004 e o "Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção face à SIDA" desenvolvido e adaptado para a população portuguesa por Cruz e colaboradores (Cruz, 1994; Vilaça, 1994, Cruz, Vilaça, Vilaça & Amorim, 1995, cit. por Cruz & Melo, 1996) (Barahona, 2004, p. 125).

Uma outra valência deste Gabinete consistiu na criação e coordenação de um Grupo de Educação pelos Pares denominado por "Agarra-te à Vida", que contribui para a elaboração de materiais e na dinamização de algumas actividades.

Este grupo de Pares Educadores participou no Atelier de Formação denominado "Educa-te a par(es)" que pretendeu abordar a importância da Educação pelos Pares como estratégia na Educação para a Saúde, na qual os pares se educam mutuamente, permitindo desenvolver-se a si mesmo e ao outro (no sentido de aprender para ensinar).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as actividades referenciadas foram avaliadas através de fichas de satisfação, com base no primeiro nível do Modelo de Donald Kirkpatrick, tendo como escala de resposta "Muito Insuficiente", "Insuficiente" "Suficiente" "Bom" e "Muito Bom". Posteriormente, para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa Statisical Package for Social Sciences (SPSS), o qual permitiu obter as frequências das respostas.

Desta forma, pretende-se realçar que o trabalho desenvolvido durante um ano lectivo (2007/2008) no Externato Cooperativo da Benedita, que consistiu na planificação, organização, implementação e dinamização de actividades e projectos de Educação e Promoção da Saúde em contexto escolar, reforçou o papel do Professor-Coordenador de Educação para a Saúde e o papel dos Licenciados em Ciências da Educação, como marcante e indispensável para o bom desenvolvimento de um Programa da Educação para a Saúde em meio escolar comprometido com o processo global de educação/formação dos educandos, conforme as acções vieram a revelar.

As Ciências da Educação podem e devem contribuir para o desenvolvimento da Educação e Promoção da Saúde, uma vez que, reúnem atributos que permitem aos profissionais desta área, intervir de forma qualificada na promoção da saúde e do bem-estar, através de processos de "ensino-aprendizagem que facilitam a aquisição, escolha e manutenção de práticas saudáveis" (Costa & Lopes, 1996, citado por Alcázar, 2003, p. 269) por parte dos indivíduos. Esta Licenciatura dispõem de uma gama de saberes teórico-práticos que permitem "analisar e compreender diferentes processos de aprendizagem e a interpretar os comportamentos humanos ao longo da vida e nos diferentes contextos onde se produzem" (Andrade, 1995, citado por Rodrigues, 2005, p. 48).

Para o desenvolvimento da Educação para a Saúde têm contribuído várias Ciências como é o caso das Ciências da Saúde, do Comportamento e da Comunicação, para além das Ciências da Educação, que permitem o desenvolvimento de várias competências e saberes, só possíveis de realizar através da Educação, que é entendida por Lesne (1976, citando Loureiro, 2000, p. 13, citado por Silva, 2004, p. 19) como "o pleno desenvolvimento das capacidades dos indivíduos e dos grupos (afectivas, cognitivas, motoras e sensoriais) com vista à aquisição de competências sociais, para que possam relacionar-se positivamente com o meio".

Neste sentido, as Ciências da Educação contribuem na construção de propostas educativas e/ou formativas, com o auxilio de métodos adequados aos formandos, com vista à obtenção de competências necessárias para a mudança, significando com isso, a capacidade de intervir com públicos específicos em contexto de saúde, tendo em conta as suas necessidades e o contexto dos próprios indivíduos.

Os profissionais da área das Ciências da Educação têm assumido o papel de mediadores, formadores, animadores, educadores (entre muitos outros), adaptando-se aos diversos contextos, desde Escolas, Centros de Saúde, Maternidades, Hospitais, Centros de Acolhimento de Crianças em Risco, ATL's, Centros de Dia para Idosos, entre outros, onde têm dado o seu contributo na Promoção da Saúde, através de métodos e técnicas activas, que são facilitadoras do processo de "empowerment" das pessoas e das comunidades, para que estas realizem escolhas e tomem decisões conscientes e responsáveis no que toca à sua saúde. Neste sentido, as Ciências da Educação habilitam estes profissionais para planificar, gerir, desenvolver e avaliar processos adequados de mediação nas transformações pessoais e sociais importantes para a saúde.

A saúde resulta do equilíbrio entre o bem-estar físico, psicológico e social e neste sentido, a componente da educação e formação, através da capacitação dos indivíduos para resolver problemas e para utilizar os recursos disponíveis na sociedade (entre outros) tem aberto caminho às Ciências da Educação, como forte aliada na intervenção comunitária em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alcázar, A.I. & colaboradores. (2003). Educación para la Salud. In J. M. Quiles, & colaboradores, *Manual de Psicologia de la Salud con ninos, adolescentes y familia*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Andrade, M. (1995*). A Educação para a Saúde: Guia para Professores e Educadores.* Educação Hoje. Lisboa: Texto Editora.

Antunes, M. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento.* Colecção de Ciências da Educação e Pedagogia. Coimbra: Edições Almedina.

Barahona, F. (2004*). Conhecimentos, Atitudes e Comportamento de Adolescentes e Jovens Adultos perante a Infecção por VIH: Contributos para a prevenção primária na adolescência.* Tese de Mestrado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Freitas, C. & Faria, M. (2000). *Escola Saudável para Crescer em Saúde*. In J. Precioso *et al*, *Educação para a Saúde* (1999). Braga: Departamento de Metodologia da Educação. Universidade do Minho.

Rodrigues, V. (2005). *Educar para a Saúde: uma estratégia de promoção da saúde.* Sinais Vitais, 59, pp. 47-51

Silva, L. (2002). *Promoção da Saúde.* Lisboa: Universidade Aberta.

Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes. Perspectiva de pre-*

venção em saúde mental na adolescência. Lisboa: Climepsi Editores.
sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/documents/gtes_relatorio_final.pdf acedido a 20 Novembro de 2007.

GENÉTICA HUMANA EM MANUAIS ESCOLARES DE 14 PAÍSES: ANÁLISE DO DETERMINISMO GENÉTICO E DE ANOMALIAS GENÉTICAS

Carla Silva[1], Cláudia Ferreira[2] & Graça S. Carvalho[3]

Resumo

O presente estudo enquadra-se num projecto internacional mais vasto (Projecto Europeu FP6 STREP Biohead-Citizen; CIT2-CT2004-506015) em que um dos tópicos abordados é a "Genética Humana" nos manuais escolares dos países envolvidos neste projecto. O objectivo do presente trabalho é analisar, nas faixas etárias dos 14 aos 18 anos, se as temáticas "Determinismo genético" e "Anomalias genéticas" estão presentes ou não nos manuais escolares dos 14 países, e estando, de que modo são abordados. Assim, para o primeiro tópico analisamos a frequência dos termos "Programa genético" e "Informação genética" e no segundo tópico comparamos as referências nos manuais às "anomalias estritamente genéticas" e às "anomalias não estritamente genéticas". Os resultados são apresentados e discutidos.

Palavras-chave

Determinismo genético; anomalias genéticas; manuais escolares.

1. INTRODUÇÃO

Em 1865, Gregor Mendel estabeleceu, pela primeira vez, os padrões de hereditariedade. Embora nem todas as características demonstrem estes padrões de hereditariedade mendeliana, o trabalho de Mendel provou que um único gene pode ser responsável pela transmissão de mais de um caracter, tornando-se relativa a lei da independência dos caracteres. No entanto, será sempre atribuído a Mendel o primeiro grande salto na história da ciência quanto à formulação das teorias sobre os mecanismos que regem a transmissão de caracteres hereditários.

Por conseguinte, podemos dizer que, no momento da concepção, muitas características pessoais já são determinadas pela estrutura genética do óvulo fertilizado, a que denominamos de hereditariedade - transmissão biológica das características de pais para filhos (UPE, S/d).

A genética constitui-se como sendo a parte da biologia que estuda a hereditariedade e suas variações, embora, nos últimos anos, esteja cada vez menos ligada aos valores hereditários. Actualmente, esta caracterização tem sido insuficiente para abranger toda a variabilidade de interesse e conhecimento gerado por esta área da ciência, pois esta não se tem restringido à compreensão da transmissão biológica de características hereditárias dos pais (ascendentes) aos filhos (descendentes) ou à variabilidade de traços físicos (fenótipos) que podem ocorrer de uma geração para a seguinte (Strickberger, 1990).

Um novo tipo de determinismo começou, e a sua popularidade tem crescido rapidamente durante os últimos dez anos. Trata-se de um determinismo genético, biológico e orgânico. Enquanto as circunstâncias e o inconsciente foram os modos populares de transferir a

1. LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga. **carlasilva@iec.uminho.pt**
2. LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga. **claudiaferreira@iec.uminho.pt**
3. LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho, Braga. **graca@iec.uminho.pt**

culpa e a responsabilidade no passado, o determinismo genético, biológico e orgânico é o actual acusado dos actos e pensamentos. O determinismo genético explica-se como sendo uma concepção pouco científica que afirma que os genes possuem a explicação final para muitas características dos organismos vivos, incluindo os humanos (Bobgan, s/d). De uma forma específica, expressa a noção de que as variações de tais aspectos – tais como a saúde, comportamento, organização social e actividades gerais da vida – são explicadas basicamente por variações genéticas, com pouca influência do ambiente, estando reduzidos fundamentalmente a estruturas moleculares, os genes. Assim, o organismo nasce com potencialidades biológicas, o que não significa necessariamente vir a originar um dado comportamento, pois que ocorre também influência do meio ambiente para que se manifeste o comportamento. Deste modo, o ser humano é influenciado pelo meio ambiente que o envolve, o qual interage com os factores adquiridos antes do nascimento e que no seu conjunto determinam a formação do vasto leque de comportamentos, incluindo a personalidade (Penchaszadeh, 2002).

Uma outra questão pertinente diz respeito às anomalias genéticas que resultam de defeitos nas características genéticas e que ocorrem em genes que passam de geração em geração. As doenças genéticas obedecem a princípios de herança recessiva ou dominante dependendo, respectivamente, do facto de ambas as cópias ou só uma cópia de um gene terem de ser defeituosas para causarem um problema clínico. Na década de 60, centenas de anomalias genéticas já tinham sido caracterizadas, e algumas descobertas já nessa altura originaram progressos relevantes nos cuidados de saúde. Foi neste sentido que se passou a pensar que para qualquer perturbação genética se encontraria uma possível solução de cuidados de saúde, emergindo assim a especialidade respectiva, Genética Médica (Burn, 2001)

A escola francesa tem vindo a apresentar o modelo da *transposição didáctica* (TD), inicialmente proposto pelo sociólogo Verret (1975) que se preocupou com os constrangimentos sobre as escolhas do que deve ser seleccionado para ser ensinado, seguidamente pelo matemático Chevallard (1985) que desenvolveu as noções de uma abordagem antropológica no ensino da Matemática, definindo a passagem do "conhecimento científico" (*"savoir savant"*) de referência ao "conhecimento a ensinar" (*"savoir à enseigner"*), e deste ao "conhecimento ensinado" (*"savoir enseigné"*). Outros aplicaram este modelo de TD a outras disciplinas, nomeadamente à Biologia (Arsac *et al*. 1989, Astolfi *et al*. 1997, Clément 2006) na perspectiva de analisar não só como os conteúdos são seleccionados a partir do conhecimento científico de referência para serem incluídos nos programas de ensino (transposição didáctica externa – TDE) mas também, uma vez feita tal selecção, de como tais conteúdos são postos em prática na sala de aula (transposição didáctica interna – TDI).

Recentemente, Pierre Clément (2006) propôs o *modelo KVP* para a análise das concepções dos indivíduos (sejam eles sociólogos, educadores, alunos, políticos, etc.), considerando que as Concepções (C) de qualquer um dependem do seu conhecimento científico (K), dos seus valores (V) e das suas Práticas (P) (Carvalho e Clément, 2008). O mesmo autor aplicou este modelo KVP às diversas fases da transposição didáctica. Neste contexto, a construção do *curriculum* e a selecção das matérias para aí serem integradas dependem das concepções dos decisores de política educativa.

O presente estudo enquadra-se num projecto internacional mais vasto (Projecto Europeu FP6 STREP Biohead-Citizen; CIT2-CT2004-506015) em que um dos tópicos abordados é a "Genética Humana" nos manuais escolares dos países envolvidos nesse projecto. O objectivo deste artigo é analisar, nas faixas etárias dos 14 aos 18 anos, se as temáticas "Determinismo genético" e "Anomalias genéticas" estão presentes ou não nos manuais escolares, e estando, de que modo são abordados. Os 14 países envolvidos neste estudo são: cinco da "antiga" União Europeia (de Oeste para Este: Portugal, França,

Alemanha, Itália, Finlândia), sete que recentemente integraram a EU (Chipre, Estónia, Hungria, Lituânia, Polónia e Roménia) e três países externos à UE (Marrocos, Tunísia e Líbano).

2- METODOLOGIA

Neste estudo usaram-se as grelhas concebidas no âmbito do Projecto Europeu FP6 STREP Biohead-Citizen (CIT2-CT2004-506015) para o tema "Genética Humana". Foi no seguimento de diversas discussões levadas a cabo em reuniões gerais que surgiram propostas para a elaboração das grelhas. As grelhas que resultaram destas reuniões (grelhas piloto) foram testadas nos vários países. Após este estudo piloto, levado a cabo em alguns manuais escolares escolhidos aleatoriamente em cada país, para esta primeira fase, seguiu-se uma reunião cujo objectivo era, especificamente, que os representantes de cada país apresentassem as dificuldades que advieram da primeira aplicação das grelhas. As grelhas foram então modificadas e melhoradas, de modo a obter uma versão semi-final. Esta versão foi então utilizada por todos os parceiros dos vários países, tendo sido acordado que esta versão das grelhas seria aplicada em pelo menos um manual para cada ano escolar. Para a concepção das grelhas, os parceiros dos países envolvidos elaboraram comentários e chamadas de atenção de forma a atingir um entendimento aceitável, na formulação dos itens, tendo em conta as diferenças culturais entre os vários países (Caravita *et al*., 2007).

No presente estudo desenvolvemos a nossa análise em torno de dois pontos específicos da grelha:

- Ocorrências da expressão "programa genético" e "informação genética" (assim como outras expressões com o mesmo significado);
- Anomalias genéticas.

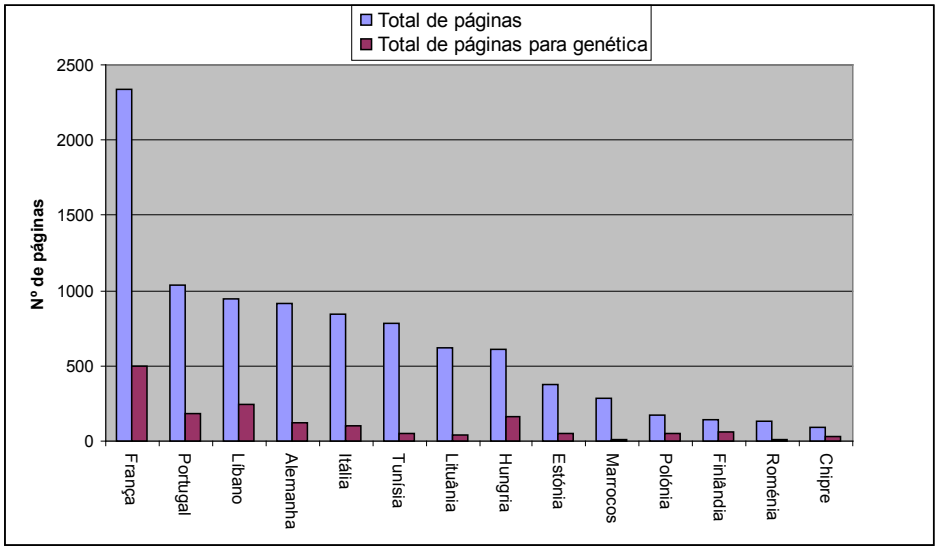
Deste modo, cada uma das 14 equipas do projecto Biohead-Citizen analisou os seus manuais de Ciências da natureza, de Biologia e de Psicologia abordando o tema "Genética Humana", em três níveis de escolaridade, correspondentes às idades de 14-18 anos. Os 38 manuais analisados distribuem-se do seguinte modo pelos diversos países: 3 da Alemanha; 1 manuais de Chipre; 2 da Estónia; 1 da Finlândia; 8 da França; 3 da Hungria; 4 da Itália; 4 do Líbano; 2 da Lituânia; 1 de Marrocos; 1 da Polónia; 4 de Portugal; 1 da Roménia e 3 da Tunísia.

3- RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Proporção do tema "Genética humana" nos manuais analisados

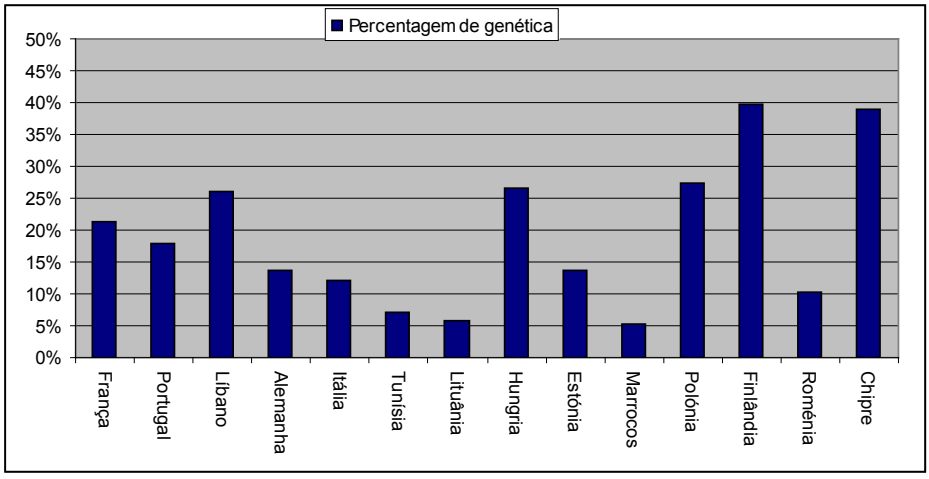
Neste estudo analisamos um total de 38 manuais de 14 países, correspondentes às faixas etárias dos 14/15, 16/17 e 17/18 anos. A França foi o país que contribuiu com um maior número de páginas do total de manuais analisados (2336), sendo o Chipre o país com menor número de páginas analisadas (90) (Figura1).

Figura 1. Número de páginas total e de Genética Humana nos manuais dos 16 países



O Chipre é o segundo país com uma maior percentagem de páginas (35%) dedicadas ao tema "Genética Humana" por páginas totais do manual (Figura 2) sendo apenas ultrapassado pela Finlândia, cujo tema contribui com 39,7% do total das páginas do manual. Os manuais dos países do Magreb, Tunísia e Marrocos, dão pouca ênfase ao tema "Genética Humana", uma vez que este tema apenas constitui, respectivamente, 7,04% e 5,24%.

Figura 2. Percentagem do tema "Genética humana" nos manuais analisados



3.2. Ocorrências de Programa Genético e Informação Genética

Depois da recolha de dados e respectivo tratamento dos mesmos, foram tidas em conta para posterior análise as variáveis "Programa genético" e "Informação genética", pertencentes à temática global do determinismo genético. Segundo Penchaszadeh (2002), "*o determinismo genético denota a ideia de que os traços humanos, sob a influência dos genes, são totalmente fixos em sua caracterização fenotípica e pouco afectados por mudanças no ambiente físico e social*", ou seja, os traços atribuídos aos genes não

estariam sujeitos a mudanças externas.

Assim, o determinismo demonstra que as variações nos genes são determinantes essenciais de saúde e doença e de variação na maioria das características humanas, tais como comportamento, inteligência, orientação sexual e status social, com pouco ou nenhum efeito do ambiente. Tais ideias, porém, vêm contrariar a noção de que todos os traços são influenciados por interacções entre genes e ambiente, noção presentemente aceite e fortemente defendida por Lewontin (1984).

De uma forma mais específica, segundo a "Comissão sobre acesso e uso do Genoma Humano" (2003), a "Informação genética" é definida como qualquer informação relativa a sequências genómicas ou características hereditárias. O acesso a esta informação possui numerosas aplicações, apresentando um potencial para modificar radicalmente a prática médica. A perspectiva da determinação do perfil genético do indivíduo, leva ao conhecimento da predisposição ou da susceptibilidade de cada pessoa à ocorrência de determinadas doenças e (ou) à acção de factores ambientais, permitindo a adopção de medidas preventivas e estratégias terapêuticas.

Deste modo, os conceitos de "programa genético" e "informação genética" assumem, assim, um papel preponderante na determinação da saúde futura dos indivíduos, evidenciando-se alguns problemas éticos que têm vindo a ser bastante questionados e debatidos nos últimos anos. Segundo Castera e Clement (2008) "*Estes conceitos são, de facto, significativos, mostrando como estão presentes as ideias sobre todos os valores genéticos nos manuais escolares e, de acordo com o qual, podemos ser programados pelos nossos genes*".

Nesta perspectiva, para a concretização deste estudo, contou-se o número de ocorrências de "Programa genético" (PG) e de "Informação genética" (IG) nos manuais de cada país, determinando-se depois número de ocorrências de PG e de IG por páginas de Genética dos manuais e o número de ocorrências de PG e de G por manual em proporção com o número de páginas de Genética do manual (Tabela 1).

Tabela 1. Ocorrências do tema "Genética Humana" nos manuais analisados nos diversos países.

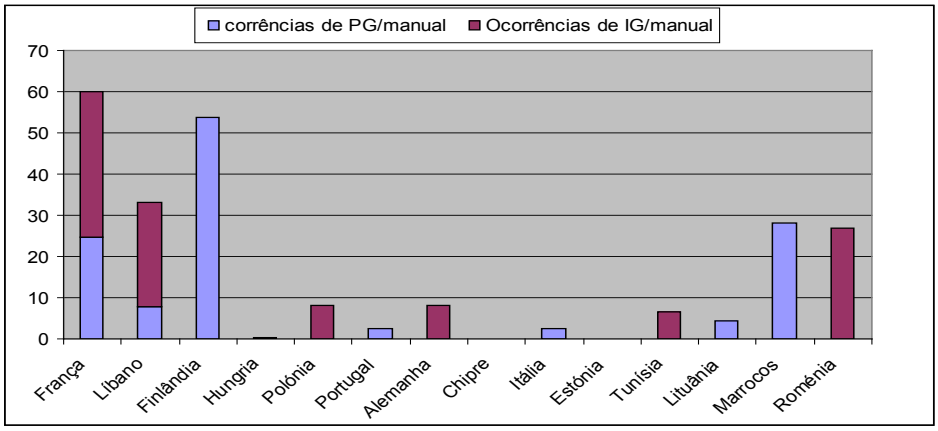
Países	Páginas de Genética			Programa genético (PG)			Informação genética (IG)		
	N.º manuais	N.º total de páginas de genética	N.º de páginas de genética por manual	N.º ocorrências de PG em todos os manuais	N.º de ocorrências de PG por página *)	N.º de ocorrências de PG por manual	N.º ocorrências de IG em todos os manuais	N.º de ocorrências de IG por página *)	N.º de ocorrências de IG por manual
França	8	495	123	198	0,4	24,8	318	64,2	35,3
Líbano	4	248	62,0	31	12,5	7,8	101	40,7	25,3
Finlândia	1	56	56,0	53	94,6	53,8	0	0,0	0,0
Hungria	3	163	54,3	1	0,6	0,3	0	0,0	0,0
Polónia	1	48	48,0	0	0.0	0,0	8	16,6	8,0
Portugal	4	187	46,7	10	5,3	2,5	0	0,0	0,0
Alemanha	3	125	41,6	0	0,0	0,0	24	19,2	8,0
Chipre	1	35	35,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Itália	4	102	25,5	10	9,8	2,5	0	0,0	0,0
Estónia	2	51	25,5	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Tunísia	3	55	18,3	0	0,0	0,0	40	72,7	6,7

Lituânia	2	36	18,0	9	25,0	4,5	0	0,0	0,0
Marrocos	1	13	13,0	28	2,2	28,0	0	0,0	0,0
Roménia	1	13	13,0	0	0,0	0,0	27	207,0	27,0
Total	38	1627	579,9	340	150,4	124,2	518	420,4	110,3
Média	-	-	41,4	-	10,7	8,87	-	30,0	7,87

**valores de origem multiplicados por 100*

A Figura 3 apresenta a proporção da ocorrência dos termos "Programa genético" e de "Informação genética" por manual em cada país. No que concerne ao programa genético, verifica-se um maior número de ocorrências na Finlândia (53,8), Marrocos (28,0) e França (24,8), enquanto que na Hungria (0,3), Itália (2,5) e Portugal (2,5) se verifica um número reduzido de ocorrências ou mesmo a sua inexistência, como é o caso da Polónia, Alemanha, Chipre, Estónia, Tunísia e Roménia.

Figura 3. Ocorrências de Programa genético (PG) e Informação genética (IG) por manual.



No que diz respeito à Informação genética, podemos observar um número maior de ocorrências por manual em França (35,3), Roménia (27,0) e Líbano (25,3), ao passo que se verifica um número mais reduzido de ocorrências na Alemanha (8,0) e Tunísia (6,7) ou mesmo a sua inexistência em alguns casos, tais como, Finlândia, Hungria, Chipre, Itália, Estónia, Lituânia e Marrocos. No caso concreto da Alemanha, O'Mahony e Schäfer (2005) afirmam "the co-dominance of both the catholic and Protestant religions 'prevented the dominance of one confessional worldview and morality, a dominance that can inhibit communication about genetic issues", isto é, as questões culturais e religiosas podem interferir sobre as questões que se relacionam com a genética de uma forma geral.

Todavia, em alguns países, verifica-se uma proporção mais equilibrada entre PG e IG, sobretudo no caso de França, com 24,8 e 35,3 ocorrências respectivamente. Nos restantes países esse equilíbrio não se verifica, existindo uma grande discrepância entre o n.º de ocorrências entre as variáveis em estudo, isto é, existem manuais em que se verificam um número elevado ou significativo de ocorrências de "programa genético", ao passo que relativamente à "informação genética" não existem ocorrências a salientar, como é o caso da Finlândia, com 53,8 ocorrências para PG e nenhuma ocorrência para IG.

De uma forma geral, nos países europeus existe uma maior ocorrência relativamente ao conceito de "programa genético", nomeadamente nos manuais da Finlândia e da França. No que concerne aos países externos à UE, como é o caso do Líbano e Tunísia,

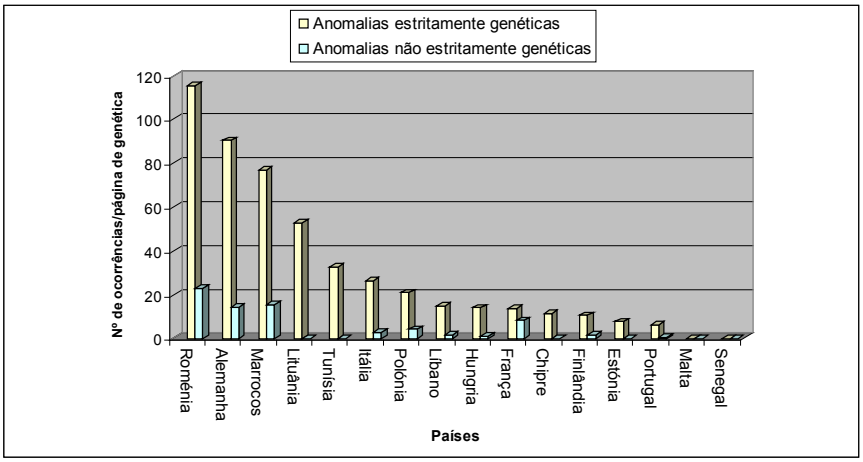
ao contrário do que acontece nos países europeus, verificam-se um maior número de ocorrências relativamente à "informação genética". Contrariamente, não se verificam ocorrências quanto ao conceito de "programa genético" nos manuais destes mesmos países.

No caso concreto de Portugal, verifica-se um maior número de ocorrências (2,5) quanto ao conceito de "programa genético", não se observando qualquer ocorrência quanto à "informação genética", sendo também de salientar o caso de Itália que apresenta o mesmo número de ocorrências que Portugal para PG e IG.

3.3. As anomalias genéticas nos manuais dos 16 países

A análise dos manuais dos 14 países, no que respeita à ocorrência de anomalias genéticas, dentro do tópico "Genética humana", mostra que é possível verificar a presença tanto de doenças resultantes de anomalias estritamente genéticas, como de doenças não estritamente genéticas (Figura 4). Com efeito, constatamos que, para além de doenças desencadeadas por causas exclusivamente genéticas, outras aparecem nos manuais que, ou fazem depender a sua existência de uma complexa interacção entre factores genéticos e ambientais, ou cuja origem é ainda pouco clara no estado científico actual – designamos estas doenças como sendo "não estritamente genéticas", como mais em baixo explicitamos.

Figura 4. Número de ocorrências de Anomalias estritamente genéticas e Anomalias não estritamente genéticas/página de genética (x100).



A Figura 4 evidencia que é nos manuais de países como a Roménia, Alemanha, Marrocos e Lituânia que encontramos um maior número de anomalias estritamente genéticas por página de genética em cada país, com valores, respectivamente, de 115,4; 90,4; 76,4; e 52,7. Os países que menos pontuam neste critério são a Estónia e Portugal, com valores de 7,8 e 6,4, respectivamente. A Itália e a Polónia têm valores aproximados, de 26,5 e 20,8, respectivamente, sendo que os restantes países pontuam entre os 14,8 nos manuais do Líbano e os 10,7 nos da Finlândia. Esta hierarquia não se mantém no que toca à ocorrência das anomalias não estritamente genéticas, que é mais elevada em países como a Roménia e Marrocos, com 23,1 e 15,4, respectivamente.

A interacção do ambiente com aspectos genéticos surge em manuais de diversos países. Assim, em Portugal, França, Alemanha, Itália, Hungria, Polónia, e Roménia, surgem referências ao cancro. Não deixa de ser curioso o facto de que em nenhum dos países Africanos (Marrocos e Tunísia) esta doença é mencionada nos manuais analisados (Anexo 1). Nestes países, os manuais referem-se a outras doenças de natureza não

genética, como a surdez, a miopia, e a diabetes. A principal razão para a maior ocorrência de cancro nas sociedades desenvolvidas poderá estar relacionada com o consumo precoce de tabaco, a exposição precoce a carcinogénios no local de trabalho, e a alimentação desequilibrada bem como outros estilos de vida pouco saudáveis (Who, 2003). Este facto poderá, de certa forma, explicar a razão de uma referência, ainda que breve, ao cancro, em países ocidentalizados, sendo que não é referido por nenhum dos países Africanos.

A diabetes, outra doença não estritamente genética referida pelos manuais, ocorre igualmente nos manuais da Alemanha, França, Roménia, Líbano e Marrocos. Embora em menor numero, outras doenças sem relação absolutamente comprovada com anomalias genéticas ocorrem em países como a França, Alemanha e Tunísia. A título de exemplo, diremos que em França aparecem ocorrências relativas a enfarte, a retinopatia, o enfisema pulmonar, a obesidade, a hipercolesterolemia, a poliartrite anquilosante a esclerose múltipla, ao passo que na Alemanha surgem a Hipercolesterolemia, eritroblastose fetal, SIDA, artrite, Alzheimer, cretinismo, asma, artrite, miopia, e surdez na Alemanha. A SIDA é referida apenas na Alemanha.

Quanto às doenças estritamente genéticas – que são as mais relevantes para a nossa análise – podemos afirmar que a presença do Síndrome de Down é transversal a todos os países analisados. Esta doença é uma condição genética que constitui uma das causas mais comuns da deficiência mental, constituindo 18% do total das doenças mentais em instituições especializadas (Moreira et al, 2000). Este não deixa de ser um dado contundente, traduzindo a importância universal atribuída a este problema.

Ainda dentro deste grupo de doenças, podemos dizer que quer o Síndrome de Turner, quer o Síndrome de Klinefelter são referidos com grande frequência, sendo que o primeiro apenas não é abordado nos manuais da Finlândia e Chipre, ao passo que o segundo marca uma presença constante, excepto na, Finlândia, Chipre e Polónia.

É também interessante a emergência nos manuais de algumas doenças de tendência regional. Por exemplo, a talassémia: uma doença genética, hereditária, clinicamente grave e de alta morbidade e mortalidade, cuja característica principal é a diminuição da concentração de hemoglobina no glóbulo vermelho, mais frequente nos povos do Mediterrâneo, por isso também recebe o nome de anemia do Mediterrâneo, ou anemia mediterrânica (Kikuchi, 2007). Esta doença é mencionada em manuais de países como França, Itália, Chipre e Líbano, constituindo a Alemanha e a Lituânia a excepção ao expectável, na medida em que, sendo países mais nórdicos, os seus manuais fazem, também, referência à talassémia.

Por sua vez, a anemia falciforme parece ter uma representatividade mais universal nos manuais escolares analisados, uma vez que apenas se encontra ausente dos dados recolhidos pelo Chipre, Estónia e Roménia.

Podemos concluir desta análise, e no que concerne o determinismo genético, que este se encontra presente nos manuais escolares de alguns países. Os resultados baseados nas ocorrências de "programa genético" e "informação genética" demonstram que existe, em alguns países, "*uma coerência com as novas tendências científicas na genética humana*" (Castéra e Clément, 2008). Relativamente às duas expressões analisadas, podemos dizer que é possível existir uma "*influência das práticas sociais e valores de cada país que não sofrerá grandes alterações, mesmo que os cientistas proponham um novo conhecimento relacionado com outros valores*" (Castéra e Clément, 2008). Deste modo, e de acordo com os mesmos autores, torna-se importante dar um próximo passo para que estas diferenças não se verifiquem de forma tão significativa entre os vários países, começando provavelmente por uma "*aproximação histórica em cada país*".

No que se refere às anomalias abordadas nos manuais analisados dos 14 países,

verificamos que estas são diversificadas, existindo, no entanto, e como já foi referido, uma prevalência de referências a doenças universalmente conhecidas, como é o caso da Trissomia 21, o Síndrome de klinefelter e o Síndrome de Turner. Por outro lado, embora todas as anomalias referidas pelos manuais estudados possam ter uma causa genética, existem aquelas cuja origem é ainda algo desconhecida, e como tal não pode ser considerada uma anomalia estritamente genética. Um exemplo claro é a doença de Alzheimer. Existem várias teorias, mas aceita-se que possa ser uma doença geneticamente determinada mas não necessariamente hereditária (APFADA, 2008).

Esta informação fornecida pelos manuais poderá mostrar-se fulcral na compreensão de que, para muitas destas doenças mencionadas, existem formas de serem evitadas na geração seguinte, pois como refere a OMS, a Genética Médica pode "*ajudar as pessoas com uma desvantagem genética a viver e a reproduzirem-se tão normalmente quanto possível*" (Lavinha, S/d). Daí que esta informação a nível dos manuais deva ser esclarecedora, de forma que os alunos, futuros pais e futuras mães, possam, a este nível, ter a informação que lhes permita, na devida altura, tomar decisões conscientes.

4- AGRADECIMENTOS

Este trabalho teve o apoio financeiro do projecto Europeu FP6, STREP "Biohead-Citizen" (CIT2-CT-2004-506015), do projecto da FCT "Análise de manuais escolares" (PTDC/CED/65224/2006) e do centro de investigação LIBEC/CIFPEC (unidade 16/644 da FCT).

5- BIBLIOGRAFIA

APFADA - Associação Portuguesa de familiares e Amigos de doentes de Alzheimer) (2008) http://www.alzheimerportugal.org/clientSite/ (30.07.2008).

Arsac, G. et al. (1989). La transposition didactique à l'épreuve. Grenoble : La pensée sauvage.

Astolfi, J., Darot, E., Ginsburger-Vogel, Y. & Toussaint, J. (1997). Mots-clés de la didactique des sciences- Repères, définitions, bibliographies. Bruxelles: De Boeck Université.

Bobgan, M. (s/d). Circunstâncias, Determinismo Psíquico, Genes ou... Escolha? http://www.chamada.com.br/mensagens/circunstancias.html (21-07-2008).

Burn, J. (2001) Comissão temporária sobre a genética humana e outras novas tecnologias de medicina moderna .

Caravita S., Valente A, Luzi D., Pace P., Khalil I., Youssef R., Valanides N., Nisiforou O., Berthou G., Kozan-Naumescu A., Clément P., Sarapu T. (2007). Construction and validation of textbook analysis grids for ecology and environmental education. In proceedings of IOSTE conference 'Critical analysis of school sciences textbooks', Tunisia, 7-10 February 2007.

Carvalho, G.S. & Clément, P. (2007) Projecto 'Educação em Biologia, educação para a saúde e Educação ambiental para uma melhor cidadania': análise de manuais escolares e concepções de professores de 19 países (europeus, africanos e do próximo oriente). *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências,* 7 (2), 1-21.

Castéra, J. & Clément, P. (2008). Genetic Determinism in school textbooks: a comparative study conducted among 16 countries. In Science Education International *(in press)*.

Clément P. (2006). Didactic Transposition and KVP Model: Conceptions as Interactions Between Scientific knowledge, Values and Social Practices, ESERA Summer School. IEC Univ. Of Minho,Braga (Portugal), pp. 9-18.

Comissão sobre acesso e uso do Genoma Humano- Informação genética- Testes genéticos e reco-

mendações (2003). Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia.

Kikuchi, B. (2007) Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-84842007000300027&script=sci_arttext&tlng=endirectory, Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, vol. 29, n.º3 (21.07.2008).

Lavinha, J. (s/d). Controlo das doenças genéticas na comunidade. Boletim de Biotecnologia, n.º66.

Lewontin R.C., Rose S, Kamin LJ. (1984) Not in our genes. New York: Pantheon Books.

Moreira, L., Charbel, E. & Gusmão, F. (2000) A síndrome de Down e sua patogénese: considerações sobre o determinismo genético. Revista Brasileira de psiquiatria, n.º22, 96-99.

O' Mahony, P. & Schäfer, M.S. (2005). Comparing German and Irish Media discourse on Human Genome research. Journal of Social Studies of Science.

Penchaszadeh. V. (2002) Problemas éticos do determinismo genético. VI Congresso Internacional de Bioética, Brasília, Brasil – 1 de Novembro.

Strickberger, M.W. (1990). *Genetics.* N. York: Macmillan Publishing Company.

UPE - Universidade de Pernambuco (s/d) Genética Geral. http://issuu.com/walmir41/docs/genetica-geral (21-07-2008).

WHO (2003) Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020 http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/ (21.07.2008).

ÍNDICE

ANEXO 1: ANOMALIAS GENÉTICAS ENCONTRADAS NOS MANUAIS

Quadro 1: Número de ocorrências de cada anomalia por página de genética, em cada País

Países	Portugal	França	Ale-manha	Itália	Chipre	Estónia	Líbano	Tunísia	Hungria	Lituânia	Polónia	Roménia	Marro-cos	Finlândia
Anomalia(a)														
Da	1,06(b)	0,60	4,0	0,98			0,40			2,77	2,08	7,69		1,78
Sd	0,53	1,81	4,0	3,92	2,85	3,92	2,41	3,63	1,22	8,33	2,08	7,69	7,69	1,78
St	0,53	0,40	3,20	0,98		1,96	1,20	1,81	1,22	2,77	2,08	7,69	7,69	
Sk	0,53	0,40	1,60	0,98		1,96	1,20	1,81	3,00			7,69	7,69	
Al	0,53	0,60	3,20	2,94	2,85		1,61	1,81	1,22		2,08	7,69		1,78
Sm		0,20												
He	1,06	0,40	8,0	1,96	2,85		0,40	1,81	1,84	5,55	2,08	7,69	7,69	1,78
Fc		1,61	2,4	1,96			0,80	1,81		5,55				
Dm		1,41	8,0	1,96			1,20			2,77			7,69	1,78
Fn	1,06	0,60	5,6	1,96			0,40	1,81		5,55	2,08	7,69		
Sa			1,60											
T13			8,00						0,61			7,69		
T18			1,60						0,61			7,69		
T15			8,00											
AbXYY			8,00						0,61	2,77				
AbXXX			2,40						0,61					
Af	0,53	2,82	3,20	1,96			1,61	5,45	0,61	5,55	2,08		15,38	1,78
Xp		0,20												

Ca	0,53	2,82	3,20	0,98			0,40		0,61		2,08	7,69		
En		0,20												
Tm		0,60	0,80	0,98	2,85		2,41			2,77				
Sl		0,20	0,80											
Oa		0,20												
Ep		0,20												
Ob		0,20												
Tg		0,20												
Db		3,23	3,20	0,98			0,40					7,69	7,69	
Ip									0,61					
Ez		0,20							0,61			7,69		
Ehp									0,61					
Nf										2,77				
Hg	0,53	0,60	2,40	1,960			0,40			5,55	2,08			
SIDA			1,60											
Hc		0,60	0,80				0,40							
SCID		0,20	0,80											
Pa		0,20												
Em		0,20												
Sg			2,40				0,40						7,69	
Il									0,61					
Nn													7,69	
T13/21													7,69	
Sr			4,00											
Hd			0,80											
Ap			2,40					3,63			2,08	7,69		
Cr			0,80									7,69		

Ef			0,80											
Az			0,80											
Mio		0,20						5,45						
Os				0,98										
Po				0,98								7,69		
Rb				0,98										
Dt				0,98										
Sc												7,69		
Pg												7,69		
Ah							0,40					7,69		
DCJ														1,78
Rt							0,40				2,08		7,69	
Ta		0,20												
Ane		0,20												
Ans		0,20												
As			0,80											
Gz			1,60								2,08			
Su			0,80					1,81						
Art			080											
Dux			0,80											
Mi			0,80											
Dlt				0,98										
DCMT								1,81						
Ect									0,61					
Rp		0,20												
Aas			0,80											

(a) A identificação da sigla da anomalia encontra-se no Quadro 2.
(b) Valores multiplicados por 100.

Anomalias estritamente genéticas, encontradas nos manuais	Anomalias não estritamente genéticas, encontradas nos manuais
1.Anomalias na Hemoglobina não especificadas (Ah) 2.Ectrodactilia (Ect) 3.Doença de Charcot-Marie -Tooth (DCMT) 4.Doença da urina de xarope de ácer (Dux) 5.Anomalias sexuais gene SRY (Ans) 6.Todas as anomalias no cromossoma n.º11 (Ta) 7.Daltonismo (Da) 8.Síndrome de Down (Sd) 9.Síndrome de Turner (St) 10.Síndrome de Klinefelter (Sk) 11.Aberração Cromossómica tipo XXX (AbXXX) 12.Aberração cromossómica XYY (AbXYY) 13. Síndrome de Patau ou Trissomia 13 (T13) 14.Síndrome de Edwards ou Trissomia 18 (T18) 15.Trissomia 15 (T15) 16.Miopatia (Mio) 17.Albinismo (Al) 18.Síndrome Smith-Magenis (Sm) 19.Hemofilia (He) 20.Fibrose cística (Fc) 21.Distrofia muscular (Dm) 22.Fenilcetonúria (Fn) 23.Síndrome de Aarskog-Scott (Sa) 24.Anemia falciforme (Af) 25.Xeroderma pigmentosum (Xp) 26.Talassemia (Tm) 27.Síndrome Lesh-Nyan (Sl) 28.Toxemia da gravidez (Tg) 29.Incontinentia pigmenti (Ip) 30.Enzimopatias não especificadas (Ez) 31.Neurofibromatose (Nf) 32.Huntington (Hg) 33.Síndrome do grito de gato (Sg) 34.Intolerância à lactose (Il) 35.Nanismo (Nn) 36.Translocação 13/21 (T13/21) 37.Síndrome de Marfan (Sr) 38.Hemofilia relacionada com daltonismo (Hd) 39.Alcaptonuria (Ap) 40.Galactosemia (Gz) 41.Polidactilia (Po) 42.Retinoblastoma (Rb) 43.Doença de Tay-Sachs (Dt) 44.Sindactilia (Sc) 45.Prognatismo (Pg) 46.Doenças por delecção e translocação (Dlt) 47.Outras anomalias cromossómicas (Oa) 48. Síndrome de Aarskog-Scott (Sas) 49.Imunodeficiência combinada severa (SCID)	1.Anemia (Ane) 2.Enfarte (En) 3.Enfisema pulmonar (Ep) 4.Obesidade (Ob) 5. Diabetes (Db) 6.Estenose Hipertrófica do Piloro (Ehp) 7. SIDA 8.Hipercolesterolemia (Hc) 9. Esclerose múltipla (Em) 10. Asma (As) 11.Cretinismo (Cr) 12. Eritroblastose fetal (Ef) 13. Alzheimer (Az) 14. Miopia (Mi) 15. Osteosclerose (Os) 16. Doença de Creutzfeld-Jacob's (DCJ) 17. Raquitismo (Rt) 18.Poliartrite anquilosante (Pa) 19.Surdez (Su) 20.Cancro (Ca) 21.Artrite (Art) 22.Retinopatia (Rp)

O ADOLESCENTE ENQUANTO PROTAGONISTA NO ESPAÇO ESCOLAR

Marta Angélica Iossi Silva[1], Débora Falleiros de Melo[2] & Diene Monique Carlos[3]

Resumo

Neste trabalho analisamos a participação de adolescentes escolares em atividades educativas na escola e a sua inserção enquanto sujeitos protagonistas em ações de educação em saúde. O estudo foi realizado em escolas municipais de ensino fundamental de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, a partir de uma abordagem quantitativa, cujos dados incluíram respostas a um questionário com instrumentos validados, e a análise estatística se constituiu basicamente da categorização de variáveis e obtenção das listagens de freqüências, realizadas através do Programa Epi Info 3.3.2 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos). Os adolescentes entrevistados apontam que ainda permanecem em uma relação de dependência da escola e dos educadores para a realização e participação de atividades educativas em saúde, no espaço escolar. Isto significa dizer que esses adolescentes ainda convivem com uma relação educador-educando unilateral, pouco participativa, indicando uma urgente necessidade de se promover a inclusão desses adolescentes como atores ativos do mundo escolar.

INTRODUÇÃO

A escola é um espaço de grande significado para o adolescente. Geralmente o primeiro espaço coletivo onde manterá contatos, onde irá experienciar o "ser ele mesmo", longe da família, escolhendo suas amizades e buscando seus interesses, onde procura identificar-se com seu grupo e construir seus primeiros projetos para o futuro, é onde também toma consciência da sociedade que norteia seus condicionamentos, das diferenças sociais e onde questiona as mudanças (Maakaroun, 1991).

Portanto é nesse espaço que poderá reconhecer o valor da saúde, do seu próprio futuro, da importância e pertinência da sua participação, como agente de mudança para a compreensão e redução de sua vulnerabilidade, e da sua contribuição para o progresso social, através do empoderamento e de ações que o envolvam, a partir de uma ação protagônica.

Segundo Costa (2000), o protagonismo juvenil se constitui na participação dos adolescentes em atividades que transcendem o âmbito de seus interesses, sejam individuais ou familiares, e que podem ter como espaço a escola, a comunidade, através de movimentos, campanhas e outras formas de mobilização que vão além do seu entorno sociocomunitário.

Como o adolescente passa grande parte do seu tempo na escola, esta é um espaço privilegiado que poderá ser aproveitado por aqueles que estão mais próximos dele, como os profissionais da educação e da saúde, que muito poderão contribuir com o proceso de adolescer e na construção de uma efetiva participação social, onde o protagonismo juvenil possa ser um dos instrumentos de inclusão, participação e desenvolvimento individual e

1. Professora Doutora. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
2. Professora Associada. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
3. Mestranda. Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

coletivo.

O paradigma do protagonismo juvenil se contrapõe ao do paternalismo, determinismo, ceticismo, alienação, isolamento e revolta. Reconhece nos adolescentes potencialidades e valores cujo aproveitamento resultará em seu desenvolvimento integral e em melhorias para a coletividade. Entende que o papel de adultos e instituições é propiciar oportunidades, encorajamento e apoio, para que os adolescentes se mobilizem, definam suas próprias prioridades coletivas e atuem em prol da comunidade ou da causa que elegeram.

A partir dessas considerações, torna-se relevante, então, saber qual a participação dos adolescentes em ações e atividades de educação em saúde na escola e o quanto estão sendo estimulados para tal? Mediante tal quadro, nosso objeto de estudo são adolescentes envolvidos em ações, grupos de educação em saúde e projetos de prevenção e promoção da saúde, desenvolvidos em duas escolas públicas municipais de ensino fundamental do município de Ribeirão Preto - SP.

Subsidiados nos objetivos da presente pesquisa, procuramos responder às seguintes questões: Qual a participação dos adolescentes em atividades de protagonismo frente à realidade vivenciada na escola? Em que espaços têm se estabelecido e quais são essas atividades? Como a escola e/ou a comunidade têm favorecido ou dificultado a participação dos adolescentes?

Os pressupostos do nosso trabalho, fruto da nossa inquietação enquanto ator social atuando no campo da saúde escolar e saúde do adolescente, delinearam nosso quadro teórico, o qual se ancorou na tríade da adolescência, da vulnerabilidade e do protagonismo juvenil.

Favorecer o protagonismo juvenil é uma estratégia eficaz de promoção da saúde dos jovens, uma vez que contribui para a sua auto-estima, assertividade e projeto de vida (Brasil, 2005a).

Segundo uma pesquisa da ANDI – Agência de Notícias dos Direitos da Infância (2000), o protagonismo juvenil tem sido um tema amplamente analisado e veiculado pela mídia jovem, no entanto acredita que cabe a todos os veículos da mídia jovem reconhecer que o universo do protagonismo juvenil não deve ser tratado simplesmente como uma área a mais, entre as diversas áreas merecedoras de marcar presença em suas páginas. O conceito de protagonismo deveria, sob o ponto de vista jornalístico, ser adotado como uma posição editorial. Jornalisticamente, trata-se de uma pauta atrativa – e estratégica –, no sentido de apontar referências para o desenvolvimento de um comportamento cidadão entre os jovens.

O protagonismo juvenil deve, ao mesmo tempo, tornar-se um objetivo prioritário para os profissionais de saúde, pois a participação ativa e autônoma de jovens no planejamento, execução e avaliação das ações contribui decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social das mesmas.

A Organização Pan-Americana de Saúde (1997) reconhece e enfatiza a necessidade e o fortalecimento de programas de saúde para adolescentes, fundamentados numa base holística, intersetorial, multidisciplinar e participativa, onde a Promoção da Saúde Integral e o Desenvolvimento Humano sejam os novos paradigmas para o estabelecimento de políticas públicas e de modelos mais eficientes e resolutivos de intervenção e educação preventiva que envolvam e atendam essa população.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2005b) reconhece, em sintonia com o documento referencial acima citado, a necessidade da promoção da saúde integral de adolescentes, para estimular e apoiar o desenvolvimento e a implementação de programas, projetos e ações de forma integrada nos níveis federal, estadual e municipal, promover a

participação juvenil, autônoma e cidadã, fortalecer a promoção da saúde, a prevenção de agravos, contribuir para a redução da morbimortalidade e incentivar a realização de estudos e pesquisas com temáticas relativas à adolescência visando à formulação de uma política nacional para adolescência e juventude, norteada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Entendemos que a participação dos adolescentes em atividades de protagonismo que possam fazê-lo mobilizar não só a si próprio como a seus pares somente se dá a partir do momento que ele, adolescente, compreenda sua vulnerabilidade, podendo isto colaborar para que aprenda a ser e a fazer. No entanto, acreditamos que esta participação ainda é tímida, o que nos leva a pensar na necessidade da implementação de novas discussões e reflexões em diferentes espaços, a fim de impulsionarmos o conhecimento e o envolvimento dos próprios adolescentes e daqueles que com eles estão.

A tarefa que se coloca para aqueles que estão e para aqueles que buscam se envolver nesse processo é a sistematização do conhecimento e o estabelecimento de ações exeqüíveis para a redução da vulnerabilidade, para a participação e para o desenvolvimento humano dos adolescentes.

Assim, acreditamos que, para os adolescentes desempenharem efetivamente o seu papel na promoção do protagonismo e redução da vulnerabilidade, estes precisam conhecer e compreender melhor essas questões, para favorecer sua participação e promoção da saúde no contexto social em que vivem e, assim, melhorar sua qualidade de vida.

No entanto, ao confrontarmos o campo teórico com as ações e políticas públicas estabelecidas para essa área, provavelmente vamos nos deparar com um distanciamento deste com sua execução de fato, uma vez que acreditamos que ainda existe uma dicotomia entre o que está estabelecido e conceituado, e o que é executado e conhecido pelos profissionais e adolescentes.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo foi realizado em duas escolas municipais de ensino fundamental de Ribeirão Preto – SP, ambas localizadas em bairros periféricos da cidade e que atendem crianças e adolescentes do 1.º ao 8.º ano do ensino fundamental, no período diurno. Em 2007, ambas as escolas totalizam 889 alunos matriculados.

Essas escolas contam com trabalhos no campo da educação em saúde desenvolvidos por meio de projetos das próprias escolas e com ações de equipes de saúde da família que vêm realizando, durante o ano, grupos de educação em saúde com os adolescentes.

O trabalho de educação em saúde pauta-se na abordagem participativa e lúdica e é desenvolvido a partir da quarta série do ensino fundamental, por meio do qual se realizam grupos que abordam temáticas de interesse dos adolescentes, com ênfase na sexualidade, na prevenção das DSTs/Aids e da gravidez e no uso e abuso de drogas, tendo como responsáveis professores, enfermeiros da unidade de saúde de referência da escola ou estagiários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP/USP) com acompanhamento do docente responsável.

Situamos esta investigação como um estudo de caso observacional com vistas a oferecer material de reflexão para outros trabalhos em outros campos. O estudo de caso é orientado para o presente e envolve investigação empírica de um fenômeno particular, contemporâneo, dentro de seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de evidência (STAKE, 2003). Abrange uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos, objetivando tomar decisões ou propor uma ação transformadora. O caso é tomado como uma unidade significativa do todo e, por

isso, suficiente, tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto propor uma intervenção (Chizotti, 1995).

Trata-se de um estudo transversal, a partir de uma abordagem quantitativa, cujos dados incluíram respostas a um questionário com instrumentos validados e questões sociodemográficas. As perguntas sobre protagonismo juvenil basearam-se, nos conceitos definidos para a mensuração do nível de protagonismo proposto por Campos e Souza (2001), a partir de três padrões de relacionamento entre educador e educando, dependência, colaboração e autonomia, avaliadas nas seguintes etapas: a iniciativa da ação, o planejamento da ação, sua execução e avaliação, e a apropriação dos resultados da ação.

Segundo os autores, uma ação protagônica se caracteriza quanto mais a participação dos adolescentes estiver dentro da possibilidade de autonomia, no entanto enfatizam que o principal padrão de relacionamento na adolescência é a colaboração, e que a autonomia não elimina o papel do educador como facilitador.

Foram considerados, para este estudo, todos os adolescentes do 1.º ao 8.º ano que freqüentam regulamente o espaço escolar, séries essas onde se concentram as atividades de educação em saúde até então desenvolvidas nas escolas, nos dois últimos anos, ou seja, 2006 e 2007, até a coleta dos dados em junho de 2007.

O questionário foi autopreenchido na presença de quatro entrevistadores treinados. O controle de qualidade foi realizado através de um estudo-piloto, para testar a compreensão dos adolescentes sobre as questões incluídas no questionário, e da repetição parcial de 10% das entrevistas pelo pesquisador principal.

O trabalho de campo para coleta dos dados foi semanal, realizado por meio de visitas às escolas nos períodos regulares de aula, ou seja, manhã e tarde. Após recolher os questionários, um dos entrevistadores realizava a revisão dos mesmos e codificava as questões, e os processava em uma planilha no Programa Excel. A análise estatística constituiu basicamente da categorização de variáveis e obtenção das listagens de freqüências, realizadas através do Programa Epi Info 3.3.2 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos).

Pensando na forma de complementar a nossa compreensão em torno do que é realizado e buscando conhecer e compreender a operacionalização e estrutura das ações e atividades realizadas, é que buscamos na observação participante um recurso que nos permitiu abordar os aspectos que estão presentes no cotidiano e que não podem ser abordados ou percebidos simplesmente por meio dos questionários.

O roteiro de observação baseou-se em aspectos relacionados à participação dos adolescentes nas escolas, seu comportamento nas ações e atividades educativas quando estas aconteciam. Foi utilizado um diário de campo para registro dos dados, das percepções, dos questionamentos e das informações observadas.

O referido estudo foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP em cumprimento à Resolução 196/96 proposta pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. Ainda conforme a referida Resolução, foi solicitado aos sujeitos participantes e a seu responsável o consentimento espontâneo através do termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A estimativa era de 889 adolescentes para serem incluídos no estudo, conforme dados de matrículas fornecidos pela secretarias das escolas. Durante o trabalho de campo, encontramos um número de adolescentes menor do que o previsto, ou seja, 866 (97,4%),

o que se deve às faltas recorrentes de alguns alunos, à evasão e recusa.

As características sociodemográficas dos adolescentes que participaram do estudo são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Características socio demográficas dos adolescentes, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2007 (n=866)

Características	n	%
Idade em anos completos		
10-11	216	24,9
12-13	421	48,6
14-15	217	25,1
16-17	11	1,3
18-19	1	0,1
Sexo		
Masculino	386	44,6
Feminino	471	54,4
Não Informado	9	1,0
Ano		
5.º	218	25,2
6.º	228	26,3
7.º	218	25,2
8.º	202	23,3

Em relação aos dados sociodemográficos, foi possível verificar que a amostra se constituiu, principalmente de adolescentes na faixa etária de 12 a 13 anos, 48,6%, meninas (54,4%), pertencentes à classe social C (54,8%) e quanto a distribuição dos adolescentes no anos escolares em curso não se observou uma diferença signifcativa.

A Tabela 2 e 3 dizem respeito à freqüência de alunos que participaram de atividades educativas com relação à saúde, onde observamos que a grande maioria, 73,0%, refere ter participado de alguma atividade na escola. Ao analisarmos esta participação e o ano escolar em curso frequentado pelo aluno, observamos que 44,1% dos alunos que referiram ter participado de atividades educativas estão nos anos iniciais, ou seja, no 5.º e 6.º ano.

Tabela 2. Distribuição do número de alunos, segundo a participação em atividades de educação em saúde (n=866).

Participação	n	%
Sim	632	73,0
Não	226	26,1
Não informado	08	0,9

Tabela 3. Distribuição do número de alunos, segundo o ano escolar em curso e a participação em atividades de educação em saúde (n=866).

Participação	5.º Ano	%	6.º Ano	%	7.º Ano	%	8.º Ano	%
Sim	208	24,0	174	20,1	118	13,6	142	16,4
Não	44	5,1	69	8,0	58	6,7	45	5,2
Não informado	0	0,0	4	0,5	1	0,1	3	0,3

Em relação ao tipo de atividade, pudemos evidenciar de acordo com os dados apresentados na tabela 4, que a grande maioria (54,4%) disse já ter participado de palestras, seguida pela participação em grupos de adolescentes, 32,7%.

Entre as demais atividades educativas abordadas os adoelscentes destacam a prticipação em campanhas educativas de saúde (27,4%) e participação em representações teatrais vinculadas a temas de saúde (21,2%). Cabe ressaltar que neste ítem os alunos puderam opnar por mais de uma modalidade de participação, tendo em vista que ao longo dos anos puderam participar em diversas e diferentes atividades educativas no contexto escolar. Assim verifica-se que a participação em palestras ainda prevalece como a atividade de maior veiculação na escola, em detrimento às atividades que possibilitam uma ação pró-ativa do estudante.

Tabela 4. Distribuição do número de alunos participantes, segundo a atividade de educação em saúde

Atividade	n	%
Palestras	471	54,4
Grupo de Adolescentes	283	32,7
Campanhas	237	27,4
Teatro	184	21,2
Gincanas	137	15,8
Exposição/Feira de Saúde	123	14,2
Outras	96	11,1

Corroborando o apresentado na tabela 4, a Tabela 5 mostra a forma de participação dos adolescentes, nas atividades desenvolvidas na escola, onde a grande maioria dos adolescentes (81%) afirmaram ter participado apenas como ouvintes nas atividades educativas e apenas 8,5% como monitores ou multiplicadores. No entanto, alguns deles disseram que também participaram como organizadores das atividades (7,2%).

Tabela 5. Distribuição do número de alunos participantes, segundo a forma de participação nas atividades de educação em saúde por escola.

Forma de participação	n	%
Ouvinte	644	74,4
Monitores/Multiplicadores	74	8,5
Organizadores	62	7,2
Não Informado	86	9,9

Em relação às etapas das ações e às formas de relação educador-educando (Tabela

6), observamos que o padrão predominante é o de dependência onde somente 8,8% dos adolescentes afirmaram que tiveram a iniciativa da ação, sendo que a grande maioria aponta que todas as etapas das ações desenvolvidas na escola são de iniciativa (73,5%), planejamento (54,8%), execução (39,8%) e avaliação (53,7%) dos professores.

Tabela 6. Distribuição do número de adolescentes, segundo as etapas da ação protagônica e as formas de relação educador-educando.

Etapa	Educadores (Dependência)		Alunos e Educadores (Colaboração)		Alunos (Autonomia)	
	n	%	n	%	n	%
Iniciativa da ação	637	73,5	153	17,7	76	8,8
Planejamento da ação	475	54,8	312	36,1	79	9,1
Execução da ação	345	39,8	315	36,4	206	23,8
Avaliação e apropriação dos resultados da ação	465	53,7	310	35,8	91	10,5

DISCUSSÃO

Durante os dois últimos séculos, a sociedade impôs aos jovens uma condição de relatividade, ambigüidade e transitoriedade, e eles passaram a ser encaixados no mundo adulto através da disciplina, do trabalho, da punição, não lhes cabendo o mesmo poder e tratamento que cabem aos adultos. Nesse período de experimentação, em que circulam e buscam provar e testar suas vivências, os jovens ainda não têm espaço social para demonstrar sua criatividade e a potencialidade de suas ações, ficando distantes das possibilidades de propor e decidir, conforme observamos no presente trabalho.

Isto foi possível ser observado no cotidiano ecolar e corroborado pelos dados empíricos, onde a grande maioria dos adolescentes que responderam ao questionário, apontam ter participado apenas de palestras e como ouvintes nas atividades educativas. Esta modalidade de ação educativa nos parece que denota uma passividade e desvalorização do potencial criativo e participativo dos adolescentes, em detrimento a uma ação de educação em saúde vista como um campo de prática e de conhecimento que se ocupe com a pró-atividade do sujeito, com a criação de vínculos, saberes e dimensões complementares entre a ação de saúde, o pensar e o fazer cotidiano (Vasconcelos, 2006) .

Outra constatação que emerge dos resultados deste estudo é que os adolescentes participam de atividades educativas nas escolas, no entanto, ainda permanecem em uma relação de dependência da escola e dos educadores para a realização e participação nessas atividades.

Isso significa dizer que esses adolescentes ainda convivem com uma relação educador-educando unilateral, pouco ou quase nada participativa, circunstâncias que indicam uma urgente necessidade social de promover, de maneira sistemática e significativa, a inclusão desses adolescentes como atores ativos do mundo escolar, para a formação de valores e de atitudes de cidadania que permitam a esses sujeitos conviver de forma autônoma com o mundo contemporâneo.

Isto posto, e o fato das atividades estarem sendo oferecidas com maior evidencia aos alunos dos anos iniciais, ou seja, 5.º e 6.º anos, de um lado justifica esta relação de dependência uma vez que supostamente aos olhos de parte da sociedade e da comunidade escolar tratariam-se de alunos iniciantes e de tenra idade, portanto inexperientes para conduzir ou planejar autonomamente atividades educativas aos seus pares, seja na escola ou fora dela.

Por outro lado, não devemos deixar de pontuar que quanto antes a educação em saúde for concebida no curriculo escolar ou nas atividades complementares da escola, teremos uma maior chance de melhorarmos a qualidade de vida dos sujeitos, o que não justifica a exclusão dos anos escolares mais avançadaos, para tanto, supomos que um planejamento estratégico e que proirize as necessaidades de cada ano e faixa etária devam ser empreendidos por meio de uma metodologia participativa e emancipatória.

A questão da participação social dos adolescentes segundo Krauskopf (2000), deve integrar as políticas e programas voltados para esta população, os quais necessitam considerar como eixos estratégicos a visibilização positiva dos jovens e a sua participação protagônica, abandonando o adultocentrismo. Neste sentido a autora refere que,

> *"La participación juvenil no sólo requiere ser entendida desde su relación de empoderamiento respecto del sector adulto, sino que deben reconocerse las formas propias de empoderamiento que construyen y las transformaciones que se han dado en la expresión de los contenidos de la participación juvenil" (Krauskopf, 2000, p. 128).*

A literatura científica na área de juventude e participação social, especialmente no espaço escolar, mostram que a instituição escolar, na forma como organiza seus tempos, espaços e conteúdos, e em função de uma crise institucional dos seus mitos legitimadores, ou seja a escola enquanto espaço de progresso nacional e, coletivo e individual, a escola como espaço de socialização, ainda se tem se mostrado pouco eficaz em contribuir para que crianças e adolescentes, principalmente aqueles das camadas populares, possam ter nesta instituição uma instância promotora de cidadania e desenvolvimento humano. Esta a tempos e ainda na atualidade, constatamos que o espaço escolar ainda se configura como um lócus desinteressante, "fonte de uma imensa decepção coletiva" (Sarmento, 2001, p.84) isto por não se reconhecer as particularidades e necessidades sociais e culturais pulsantes da juventude como uma possibilidade de inclusão, emancipação, participação e tranformação (Carrano&Peregrino, 2003).

No entanto, essa inclusão, especialmente aquela voltada para a saúde, requer novas perguntas sobre a realidade desses sujeitos. Requer, ainda, que tais perguntas sejam feitas a esses sujeitos, respeitando e considerando seus olhares, opiniões e propostas. A capacidade criativa e o potencial de participação social devem ser resguardados e promovidos nas práticas e políticas de saúde, assim como pelas demais políticas sociais.

Em nossa sociedade, os indivíduos economicamente produtivos detêm a primazia do reconhecimento de seus direitos, incluindo o direito de opinar, participar e influenciar as decisões que possam afetar o seu bem-estar. O mesmo não ocorre com crianças, adolescentes e jovens. Ainda vivemos com os resquícios do longo período no qual estes foram encarados como "menores" – termo que explicita o fato de que o seu valor, direitos e capacidades eram considerados menores de que os dos adultos. Essa cultura excluiu a adolescência da participação social, favoreceu a sua alienação e imaturidade e delegou a outrem o direito e a tarefa de decidir o que seria melhor para ela.

Nesse sentido, propiciar iniciativas tendo como princípio o protagonismo juvenil é buscar uma forma de ajudar o adolescente a construir sua autonomia, através da geração de espaços e situações propiciadoras da sua participação criativa, construtiva e solidária, na solução de problemas reais na escola, na comunidade e na vida social mais ampla.

Segundo Costa (2000), o protagonismo juvenil se constitui na participação dos adolescentes em atividades que transcendem o âmbito de seus interesses, sejam individuais ou familiares, e que podem ter como espaço a escola e a comunidade, através de movimentos, campanhas e outras formas de mobilização que vão além do seu entorno sociocomunitário.

Em nossa opinião, a promoção do protagonismo juvenil, promove a chamada

"ação participativa", não se constituindo em um processo que tem como fim último a transferência das responsabilidades do Estado, para o próprio indivíduo, de acordo com os anseios do neoliberalismo como aponta Klein (2004) em sua crítica a este conceito e prática

Antes de tudo nos parece que reconhece nos adolescentes potencialidades e valores cujo aproveitamento resultará em seu desenvolvimento integral e em melhorias para a coletividade. Entende que o papel de adultos e instituições é propiciar oportunidades, encorajamento e apoio para que os adolescentes se mobilizem, definam suas próprias prioridades coletivas e atuem em prol da comunidade ou da causa que elegeram.

Favorecer o protagonismo juvenil é uma estratégia eficaz de promoção da saúde dos jovens, uma vez que contribui para a sua auto-estima, assertividade e projeto de vida (Brasil, 2005a).

O protagonismo juvenil deve, ao mesmo tempo, tornar-se um objetivo prioritário para os profissionais de saúde, pois a participação ativa e autônoma de jovens no planejamento, na execução e na avaliação das ações do setor contribui decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social das mesmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em diversas partes do mundo, adolescentes têm exercido o seu protagonismo em campos como intervenções em prol do meio ambiente, da saúde, dos direitos humanos; ações educativas sobre sexualidade, prevenção de DST/Aids; apoio a crianças, idosos e pacientes em hospitais, creches ou asilos; ações em prol da melhoria do ensino e do sucesso na aprendizagem escolar; atuação como agentes comunitários; mobilizações em prol da ética na política (Costa, 2001; Serra&Mota, 2000).

O protagonismo juvenil não é a solução para os problemas dos adolescentes, e sim parte dessa solução. A transição destes sujeitos da condição de problema à condição de parte da solução dos problemas, na escola, na família e na vida social mais ampla, é a grande mudança de paradigma propiciada pelo protagonismo juvenil. Ela permite a construção de uma agenda pedagógica, social e política baseada no adolescente que queremos e não na visão do adolescente que não queremos, como infelizmente, ocorre nos dias atuais.

Considerar os adolescentes como sujeitos protagonistas implica repensar a sociedade, assim como a instituição escolar, sua dimensão política, suas relações e interrelações, a partir de uma nova agenda pautada em questões a exemplo de: Como mobilizar o protagonismo juvenil, considerando os adolescentes sujeitos participes deste processo de renovação democrática e de emponderamento? Como fazer da escola e das nossas práticas educativas um momento pedagógico de emancipação e autonomia dos adolescentes?

Lugar de adolescentes, a escola poderia servir de porto seguro para que o adolescente, ao gostar de conhecer, pudesse encontrar prazer em aprender e, assim, ver-se como pessoa participante de um mundo cientificamente organizado, com uma história e uma cultura própria e, conseqüentemente, também como autor e ator deste processo. Ser parte integrante dessa organização social pode ser o caminho para que o adolescente, tendo seus direitos preservados, fique menos vulnerável aos apelos da sociedade para afastar-se de si e alienar-se de sua condição de sujeito social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência de Notícias dos Direitos da Infância – ANDI. Os Jovens na Mídia: o desafio da Aids, a mídia no fogo cruzado da sexualidade, da prevenção e da questão de gênero. Pesquisa ANDI/

IAS/UNESCO/coordenação da pesquisa: Veet Vivarta. – Brasília: ANDI - Agência de Notícias dos Direitos da Infância: Instituto Ayrton Senna: UNESCO, 2000. (Série Mobilização Social)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Consulta Pública. Disponível em <http://www.saude.gov.br/consulta publica/dape-asaj> Acesso em: 24/ago/2005b.

Carrano, P. & Peregrino, M. Jovens e escola: compartilhando territórios e sentidos de presença. In: Observatório da Educação e da Juventude. A escola e o mundo juvenil: experiências e reflexões (pp12-21). São Paulo, Ação Educativa, 2003. (Série Em Questão, n.º 1)

Chizotti, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1995.

Costa, ACG. O adolescente como protagonista. In: Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, p.75-79, 1999.

Costa, ACG. Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.

Costa, ACG. O protagonismo juvenil passo a passo – um guia para o educador. Belo Horizonte: Universidade, 2001.

Campos, M; Souza V. Medindo o protagonismo juvenil. In: Costa ACG. O protagonismo Juvenil passo a passo – um guia para o educador. Belo Horizonte: Universidade, p. 123-7, 2001.

Klein, BL. Protagonismo juvenil e cidadania: uma proposta pedagógica burguesa. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

Krauskopf, D. Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes. Balarndini, S. (coord.). La Participación social y Política de Los Jovenens en el Horizonte del Nuevo Siglo. Buenos Aires: CLASCO, 2000, pp. 119-134.

Maakaroun, FM., Souza PR, Cruz R. Tratado de Adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica Ltda., 1991.

Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Saúde dos Adolescentes. Quadro conceitual e plano de ação 1998-2001 sobre saúde e desenvolvimento dos adolescentes nas Américas. Resolução CD 40/21. Washington - D.C., Setembro, 1997.

Sarmento , M. J. (2001). Infância e exclusão social. In: Pereira, B. O & Pinto, A. P.A escola e a criança em risco: intervir para prevenir (pp 75-91). Porto: Edições ASA.

Serra, ASL, Mota, MSFT. Adolescentes promotores de saúde. In: Ramos, FRS.; Monticelli, M, Nitschke, RG. (organizadores). Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, p.56-60, 2000.

Stake, RE. Case studies. In: Denzin, NK, Lincoln, YS. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks: sage Publications, 2003. p.134-164.

Vasconcelos, EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. (Saúde em debate: 130).

O DESENVOLVIMENTO DE UMA DISCIPLINA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL E SOCIAL SEGUNDO O MODELO DAS COMPETÊNCIAS DE VIDA

Lígia Lima[1] & Márcia Cruz[2]

Resumo

Este artigo descreve o desenvolvimento de uma disciplina de desenvolvimento pessoal e social para o 1.º ano da Licenciatura em Enfermagem, segundo a abordagem das competências de vida. Depois de se justificar a importância da promoção da saúde no curso e profissão de enfermagem, é feita uma breve referência à abordagem das competências de vida e à sua aplicação no contexto do ensino superior. É descrito o processo de construção da unidade curricular, no que diz respeito à escolha de conteúdos programáticos e metodologias de ensino-aprendizagem. Por fim, é apresentado um inventário de competências de vida de Nelson-Jones (1990) que foi traduzido e adaptado para ser utilizado na avaliação dos estudantes, de forma a permitir um desenvolvimento das sessões lectivas em torno das suas necessidades expressas.

Palavras-chave

Desenvolvimento pessoal e social; competências de vida; enfermagem.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é uma área prioritária de intervenção da enfermagem, o que está patente na própria definição do perfil de competências de um enfermeiro generalista, em que a promoção da saúde aparece como o primeiro grande objectivo do exercício desta profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Podemos ainda afirmar que nenhum profissional de saúde, e muito em especial, nenhum enfermeiro, se pode abster de intervir nesta área. Como afirma Silva (1999, p.22), referindo-se à actuação dos profissionais de saúde em geral, " a forma como nos comportamos, o tipo de relação que estabelecemos com o utente, o que dizemos, os nossos comportamentos comunicacionais não verbais, comportam em si mensagens de saúde que, mais ou menos conscientemente, o cliente integra no leque de conhecimentos, passando a fazer parte do seu *script* individual, entidade responsável pelas decisões que diariamente afectam positiva ou negativamente a saúde dos indivíduos e comunidades". Assim, a par do conhecimento científico que o profissional adquire e desenvolve ao longo da sua formação e exercício profissional, as suas características pessoais e as decorrentes do seu processo desenvolvimental, constituem aspectos intervenientes das acções do profissional de saúde, em particular na área da promoção e educação para a saúde.

O trabalho desenvolvido na área da promoção e educação para a saúde implica necessariamente uma perspectiva transdisciplinar pelo que tem que se fundamentar em saberes trazidos de várias áreas disciplinares, nomeadamente da Psicologia.

Simultaneamente, com uma nova forma de conceber o ensino/a aprendizagem a nível superior - Processo de Bolonha - reforça-se a urgência de promover metodologias de ensino que assentem numa estimulação do pensamento crítico e na reflexão pedagogicamente

1. Escola Superior de Enfermagem do Porto. **ligia@esenf.pt**
2. Escola Superior de Enfermagem do Porto. **marciacruz@esenf.pt**

orientada, fundamentados na articulação entre conhecimentos oriundos de várias áreas de conhecimento que fomentem e promovam o conhecimento e desenvolvimento pessoal do futuro profissional – enfermeiro.

O enfermeiro assiste, orienta e faculta os meios ao indivíduo para que este possa tomar as suas decisões, prosseguindo no seu desenvolvimento pessoal e na busca das soluções para os seus problemas. Os cuidados de enfermagem devem centrar-se numa relação interpessoal enfermeiro/indivíduo/família/comunidade que vise o desenvolvimento de potencialidades de forma a aumentar a capacidade de satisfação das necessidades e os mecanismos de adaptação às mutações da vida.

Os cuidados de enfermagem devem por conseguinte, ser personalizados, competentes, eficazes e devem respeitar os direitos da pessoa na escolha de alternativas tendo sempre em vista a saúde.

Para que esta relação enfermeiro/indivíduo/família/comunidade seja efectiva no alcance de melhores níveis de saúde e qualidade de vida, o enfermeiro deverá desenvolver uma mestria ao nível do relacionamento interpessoal, para o que deve ele próprio reflectir sobre o seu nível de auto-conhecimento e promover as suas competências relacionais e de tomada de decisão face á sua própria saúde.

O MODELO DAS COMPETÊNCIAS DE VIDA

O modelo das competências de vida surge no contexto do ensino superior como resposta ao reconhecimento da necessidade dos estudantes realizarem determinadas tarefas desenvolvimentais que fazem parte do processo mais global de desenvolvimento humano (Gazda & Brooks, 1995 cit in Picklesimer, 1998).

As origens deste modelo encontram-se em várias perspectivas teóricas e clínicas da Psicologia, das quais se destacam as teorias do desenvolvimento humano de Erikson (1963), Havighurst (1972), e Super (1963) e os movimentos humanistas que enfatizaram a importância do aconselhamento e terapia em grupo (Carkhuff, 1969, Rogers, 1970). Nos anos 80, dois psicólogos Ingleses, Barrie Hopson e Mike Scally deram um grande impulso ao modelo, ao publicarem uma série de manuais sobre o tema nos quais defendem que o ensino deverá privilegiar, em todos os seus graus, a aprendizagem de competências pessoais que equipem os estudantes com a mestria, flexibilidade e resiliência pessoal, para lidar com os desafios da sociedade actual (Hopson & Scally, 1981).

A Organização Mundial de Saúde (1998) defende que as Competências de vida incluem as atitudes, conhecimentos e habilidades que permitem aos indivíduos lidarem eficazmente com as exigências e desafios do seu dia-a-dia. Inserem-se aqui domínios como: Auto-conhecimento, relacionamento interpessoal, empatia, comunicação eficaz, gerir sentimentos, gerir *stress,* pensamento crítico, tomada de decisão e resolução de problemas (WHO, 1997).

Segundo Nelson-Jones (1990), entre as razões que justificam a rápida difusão do modelo podemos apontar as seguintes: (1) a sua ênfase desenvolvimental e preventiva – idealmente todos os indivíduos deveriam ter a possibilidade de treinar as competências necessárias para responder a todas as tarefas do seu ciclo de vida e esta é a finalidade última do modelo, o que traduz também uma preocupação do tipo preventiva em vez de remediativa, antecipando os problemas dos indivíduos mesmo antes de eles surgirem. (2) O facto dos problemas de vida serem quase universais ou comuns às várias sociedades, sendo exemplo, o actual problema do desemprego que assola quase todo o mundo. As preocupações crescentes em torno do custo-eficácia das intervenções, que tornam as abordagens preventivas e dirigida a grupos, mais valorizadas. (3) A crescente influência da corrente cognitivo-comportamental, na qual se enquadram os programas propostos

pelo modelo.

O racional ou filosofia-base deste modelo, reside no conceito de *self-empowerment*. Traduzido em português para auto-capacitação ou auto-empoderamento, trata-se do processo através do qual cada um adquire progressivamente mais controlo sobre si próprio e sobre a sua vida e que só se adquire através de experiências práticas e treino, que de uma forma mais ou menos directa, contribuem para o crescimento pessoal. Tones (1990) aborda esta questão defendendo que o treino de competências de vida permite que os indivíduos modifiquem a forma como se vêem a si próprios. Por exemplo, ao se ensinar um estudante em como ser assertivo, a comunicar eficazmente e a ser positivo acerca de si próprio, estamos a dar-lhe competências úteis para as suas tomadas de decisão, mas simultaneamente estamos a promover o seu crescimento pessoal. Concretamente, esse crescimento traduzir-se-á em crenças de auto-eficácia e numa auto-estima incrementada e deste modo estaremos também a promover a adopção de um papel mais participativo no controlo da sua saúde, e a potenciar o seu papel interventivo junto de outros indivíduos.

Torna-se claro que o nosso interesse, neste momento, se direcciona para a preparação do estudante do ensino superior (licenciatura em enfermagem) que se encontra numa fase de habilitação para assumir um papel interventivo enquanto profissional de saúde. Deste modo, perceber as vantagens da intervenção a este nível de ensino, já que o estudante se encontra num momento privilegiado de transformações psicossociais, e de que modo o papel da instituição (ensino superior), com toda a sua organização curricular e intervenientes (professores) podem constituir elementos facilitadores e/ou promotores do seu crescimento pessoal e profissional, parecem aspectos centrais a considerar.

DESENVOLVIMENTO PESSOAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Em estudos anteriores, realizados com estudantes de duas das três escolas de enfermagem que deram origem à actual Escola Superior de Enfermagem do Porto, foi possível constatar que as questões de ordem desenvolvimental eram de extrema relevância para o bem-estar e adaptação dos estudantes. Mais concretamente, na Ex-Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, ao se procurar avaliar quais eram os factores de stress que eram mais vivenciados pelos estudantes, verificou-se que a par das questões de ordem académica, os problemas de ordem pessoal se revelavam como variáveis determinantes do grau de stress sentido (Rocha & Lima, 2008). Já num estudo realizado na Ex-Escola Superior de Enfermagem de S.João, os resultados apontaram para a importância que o suporte social dos amigos e professores e os contextos facilitadores de interacção com o grupo, podem ter nas transições e processos adaptativos dos indivíduos (Cruz, 2008).

> *Em resposta a estes resultados foi decido que se iria desenvolver uma unidade curricular de opção (Desenvolvimento Pessoal e Social), para o 1.º ano da licenciatura, com a qual se pretende promover o desenvolvimento pessoal e social do estudante e capacita-lo para agir enquanto mediador e agente de desenvolvimento e de mudança social. A unidade curricular foi desenvolvida com base na abordagem das competências de vida, tendo sido decidido que nesta disciplina seriam abordados os conhecimentos, as atitudes e as habilidades envolvidas em diferentes áreas do conhecimento do eu e do mundo social.*
>
> *Para se responder ao desafio de promover o desenvolvimento pessoal e social dos estudantes, julgou-se fundamental que apesar de existirem conteúdos programáticos de referência, haveria também uma grande flexibilidade no seu desenvolvimento, de forma a se poder responder a necessidades específicas apresentadas por cada grupo -turma, o que envolveria inclusive, uma avaliação inicial dos seus elementos para a determinação do planeamento das sessões lectivas.*
>
> *Um outro aspecto importante na concepção desta disciplina e que traduz também a filosofia*

base da abordagem das competências de vida, prende-se com as metodologias de ensino-aprendizagem. Dado que os objectivos se relacionam de forma mais ou menos directa com a aprendizagem interpessoal, foi estabelecido que a turma funcionaria ao longo das sessões lectivas sob a forma de um grupo de desenvolvimento ou sensibilização (Guerra & Lima, 2005). Foram assim previstos um conjunto de exercícios de dinâmica de grupo, de forma a proporcionar aos estudantes experiências práticas seguidas de momentos de reflexão. Dado que a carga lectiva estabelecida para esta unidade curricular era de 30 horas, foram planeadas 15 sessões com a duração de 2 horas cada.

Adaptação do inventário de competências de vida de Nelson Jones (1990)

No sentido de se desenvolver o programa da disciplina de opção do 1.º ano da Licenciatura em Enfermagem denominada "Desenvolvimento pessoal e Social", em função das necessidades expressas pelos estudantes, julgou-se necessário dispor de um instrumento que permitisse fazer esta avaliação. Por esta razão, traduzimos e adaptamos um inventário de competências de vida desenvolvido por Nelson-Jones (1990).

O inventário original possui 73 itens correspondentes ao mesmo número de competências de vida, que estão agrupadas em 7 dimensões distintas: sentimentos, pensamento, relacionamentos, estudo, emprego/desemprego, lazer e saúde. O respondente é questionado acerca do seu grau de satisfação relativamente à sua competência em cada um dos domínios enumerados sendo-lhe pedido que assinale a resposta na seguinte escala de Likert com 4 opções: (1) preciso melhorar bastante (2) preciso melhorar (3) preciso melhorar só um pouco e (4) não preciso melhorar.

Depois de se analisar o conteúdo dos itens e de se ponderar sobre a sua aplicabilidade ao contexto dos estudantes do 1.º ano da licenciatura em enfermagem, decidiu-se manter apenas 56 itens, tendo-se optado por retirar todos os itens da dimensão emprego/desemprego, para além de outros 3 da dimensão lazer e dois da dimensão relacionamentos (ver quadro 1).

Quadro 1. Itens da versão adaptada do inventário de competências de vida

COMPETÊNCIAS
SENTIMENTOS
Dou conta da importância dos meus sentimentos
Estou consciente e aberto aos meus sentimentos
Estou consciente dos meus "quereres" e desejos
Sou capaz de internamente sintonizar e explorar os meus sentimentos
Estou consciente das minhas sensações corporais
Sou capaz de viver a minha sensualidade
Sou capaz de ser espontâneo
Sou capaz de expressar adequadamente os meus sentimentos
Sou capaz de compreender e ajustar os sentimentos negativos
Tenho consciência total dos parâmetros da existência, por exemplo, morte, destino, sofrimento
PENSAMENTO
Tenho uma forma realista de analisar as coisas
Assumo responsabilidade pessoal pelas escolhas que faço na vida
Atribuo responsabilidade de forma correcta

Uso o discurso interno como estratégia para lidar com os problemas
Tenho capacidade para desenvolver diferentes pontos de vista
Antecipo correctamente os eventuais riscos e ganhos
Possuo regras internas realistas
Não tenho pensamento defensivo
Avalio correctamente características pessoais
Sou capaz de tomar decisões
Sou capaz de gerir os problemas
RELACIONAMENTOS
Nas minhas relações com os outros, sou fiel aos meus pensamentos, sentimentos e acções
Verbalizo aspectos de mim próprio
Tenho boas capacidades vocais
Uso adequadamente a linguagem não verbal
Sei iniciar relacionamentos
Consigo definir-me e afirmar-me
Tenho boa capacidade de escuta
Sou prestável
Consigo gerir a raiva
Consigo gerir os conflitos
ESTUDO
Faço escolhas educacionais de forma sensata
Estabeleço objectivos e planeio
Giro o tempo eficazmente
Sou capaz de cumprir prazos
Leio eficazmente
Sei expressar-me por escrito
Sou capaz de lidar com a ansiedade dos exames e da avaliação em geral
Sou capaz de lidar com a ansiedade relacionada com a estatística e a matemática
Sou criativo
Sou capaz de pensar criticamente
Participo em grupos
Falo em público
LAZER
Sou capaz de valorizar muito o tempo de lazer
Tenho consciência de interesses e actividades que são gratificantes para mim
Sou capaz de aproveitar oportunidades para participar em actividades gratificantes
Tenho capacidade para relaxar sozinho
Consigo ter férias adequadas e agradáveis
SAÚDE
Assumo responsabilidade pela minha saúde

Como de forma moderada e segundo princípios nutricionais
Controlo adequadamente o consumo de álcool
Evito o hábito de fumar
Evito o consumo de drogas
Mantenho uma boa forma física
Giro bem o stress
Consigo um bom equilíbrio (balanço) entre trabalho, relacionamentos, família e actividades recreativas

O instrumento final foi aplicado a 4 turmas do 1.º ano da Licenciatura em Enfermagem, num total de 96 estudantes, com idades compreendidas entre os 17 e os 31 anos (tendo 92% da amostra idade igual ou inferior a 19 anos) e sendo 74% do sexo feminino.

Para a avaliação da fidelidade do instrumento calculou-se o coeficiente de consistência interna de alfa de Cronbach, para o total dos itens e separadamente para o conjunto dos itens que se incluem em cada dimensão. Os resultados obtidos revelaram-se muito satisfatórios para o total dos itens e satisfatórios para as respectivas dimensões (ver quadro 2).

Quadro 2. Resultados dos coeficientes de alfa calculados para cada uma das dimensões e para a totalidade dos itens do inventário de competências de vida

	Valor de Alfa
Dimensão Sentimentos	0,63
Dimensão Pensamento	0,71
Dimensão Relacionamentos	0,65
Dimensão Estudo	0,76
Dimensão Lazer	0,61
Dimensão Saúde	0,69
Total	0,90

Após se ter avaliado a fidelidade do inventário, procedeu-se à análise dos resultados através do cálculo das médias para cada uma das dimensões (ver quadro 3) com o objectivo de se poder traçar um primeiro perfil das necessidades dos alunos que se inscrevem no curso de enfermagem e em particular nesta disciplina de opção. Verificou-se que as dimensões em que os estudantes relataram possuir maiores dificuldades foram, por ordem decrescente, as relativas aos sentimentos, estudo, relacionamentos e pensamento. As dimensões de saúde e lazer foram aquelas em que os estudantes se avaliaram como mais competentes. É de notar que as médias encontradas para todas as dimensões se encontram acima do ponto médio da escala, o que revela, que de uma forma geral, os estudantes se avaliam como tendo uma competência satisfatória em todos os domínios avaliados.

Quadro 3. Resultados obtidos para cada uma das dimensões do inventário de competências de vida

	Média	Desvio Padrão	Amplitude
Dimensão Sentimentos	2,73	0,39	2,10 - 3,70
Dimensão Pensamento	2,94	0,39	1,91 – 3,73
Dimensão Relacionamentos	2,97	0,37	1,60 – 3,70
Dimensão Estudo	2,85	0,43	1,50 – 3,67
Dimensão Lazer	3,39	0,44	2,00 – 4,00
Dimensão Saúde	3,18	0,40	1,38 – 3,88

Foi em função destes resultados que foram seleccionados os conteúdos programáticos centrais da disciplina de opção de desenvolvimento pessoal e social, tendo-se ainda procurado conciliá-los com outras actividades disponibilizadas aos estudantes, como é exemplo, os seminários de acolhimento aos alunos do 1.º ano, em que se trabalham competências relacionadas com a transição para o ensino superior e as tarefas académicas.

Como temáticas que permitissem desenvolver as competências das dimensões dos sentimentos e relacionamentos foram seleccionadas:

- O conhecimento do eu: auto-conceito e auto-estima; o funcionamento do *self* no funcionamento cognitivo.
- O conhecimento dos outros: os processos de atribuição causal, a construção de impressões, estereótipos e preconceitos
- A sexualidade: o desenvolvimento psico-sexual e da identidade sexual; objectivos gerais da educação sexual e os valores que devem reger as acções desenvolvidas neste domínio.

No que diz respeito às dimensões do pensamento, lazer e saúde, foi decidido que a sua abordagem poderia ser realizada em torno da temática da Educação para o consumo, tendo sido escolhidos os seguintes conteúdos:

- Conceito de educador cívico, definição de sociedade de consumo e caracterização do seu funcionamento, consumo sustentável, o poder da comunicação na cultura de massas, o consumo na saúde e o efeito iatrogénico da promoção da saúde.

CONCLUSÃO

Na prestação diária dos cuidados de enfermagem, e especificamente na promoção e educação para a saúde, a relação que se estabelece com o indivíduo/grupo é um instrumento essencial, na medida em que é através dela que o enfermeiro: manifesta ao indivíduo que ele é importante para ele, identifica as suas emoções, ajuda-o a identificar as suas necessidades e problemas e ajuda-o a estabelecer um plano de acção realista e eficaz. Em suma, o enfermeiro permite que o indivíduo mantenha ou adquira o máximo de autonomia possível e apoia-o no seu desenvolvimento pessoal e nesse sentido, o Modelo de competências de vida constitui-se adequado para facilitar o desenvolvimento pessoal do indivíduo.

Tal como foi referido anteriormente, pretende-se com a utilização da abordagem de competências de vida capacitar o futuro enfermeiro para agir enquanto mediador e agente de desenvolvimento e de mudança social ao mesmo tempo que promovemos o desenvolvimento pessoal e social do estudante. Assim, através da promoção do auto-conhecimento, relacionamento interpessoal, empatia, lidar com os sentimentos, lidar com o stress, comunicação eficaz, pensamento crítico, pensamento criativo, tomada de decisão e resolução de problemas, competências estas também sugeridas pela OMS (WHO, 1998), procuramos contribuir para a construção de um estilo de vida saudável no estudante e ao mesmo tempo capacita-lo como agente de mudança.

Pretende-se ainda avaliar no final da disciplina, as competências de vida efectivamente promovidas junto destes grupos de estudantes, de modo a validar o impacto desta metodologia.

BIBLIOGRAFIA

Araújo, B., Almeida, L.S. & Paúl, M.C. (2003). Transição e adaptação académica dos estudantes à

escola de enfermagem. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.5, 1, 56-64

Cruz, M. (2008). Ansiedade e Bem-Estar na transição para o ensino superior: o papel do Suporte Social. *Dissertação de Mestrado*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Guerra, M. P., & Lima, L.M. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde.* Lisboa: CLIMEPSI.

Hopson, B. & Scally, M. (1981). *LifeSkills Teaching.* Berkshire: McGraw-Hill Book Company.

Menezes, I. (2007). *Intervenção Comunitária: Uma Perspectiva Psicológica.* Porto: Legis Editora

Nelson-Jones, R. (1990). *Practical Counselling and Helping Skills.* London: Cassel Educational Limited.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Picklesimer, B. K. (1998). Life-skills development inventory-college form: An assessement measure. *Journal of College Student Development.* Consultado em 26 de Outubro em http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3752/is_199801/ai_n8771905

Rocha, O., & Lima, L (2008). *Identificação de factores de stress em estudantes de enfermagem.* Poster apresentado na 10.ª Conferencia Internacional de investigação em Enfermagem que decorreu entre os dias 30 de Setembro de 3 de Outubro no Porto.

Silva, P.R. (1999). Do ensino à prática profissional. *Revista da Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo.* (1) Maio, 22-24.

Tones, K., Tilford, S & Robinson, Y. (1991). *Health Promotion: effectiveness, efficiency.* London: Chapman & Hall.

World Health Organization (1997). *Life Skills education in schools.* Geneva. WHO.

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary.* Geneva. *WHO/HEP/98.1.*

O ENFERMEIRO E O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA: CONTRIBUTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM REFERENCIAL DE COMPETÊNCIAS[1]

Ezequiel M. Carrondo[2]

Resumo

O estudo que aqui se apresenta é parte integrante de um trabalho de investigação mais abrangente. Pretende contribuir para a discussão e clarificação do perfil do enfermeiro, numa perspectiva e contexto específicos, o desenvolvimento da criança e o contexto comunitário, a partir das concepções de enfermeiros do campo da formação e da gestão e outros profissionais com experiência de trabalho em/com centros de saúde, utilizando como instrumento de colheita de dados a entrevista aberta. Os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo, permitindo-nos descrever as competências do enfermeiro, mas também perceber o paradigma onde se enquadravam prioritariamente essas competências, salutogénico ou patogénico, e quais os conhecimentos a mobilizar para a competência.

Palavras-chave

Paradigma salutogénico; desenvolvimento da criança; competência.

INTRODUÇÃO

A infância constitui um período de desenvolvimento e socialização fundamental na aquisição de competências que permitam a construção de projectos de vida, de forma autónoma, coerente e responsável.

Os enfermeiros desempenham um papel chave no desenvolvimento das políticas de saúde, nomeadamente através da promoção da saúde das populações nas várias dimensões da sua intervenção: prestação e gestão de cuidados, organização dos Serviços, intervenção comunitária, entre outras.

As suas práticas desenvolvem-se em diversos contextos, nomeadamente nos contextos de desenvolvimento e socialização da criança, Serviços e instituições orientados para o atendimento da infância (centros de saúde, hospitais, escolas, creches, jardins de infância, associações, etc.), mas fundamentalmente, no contexto básico desse desenvolvimento – a família.

Ao definir a Estratégia de "Saúde para Todos no Século XXI ", a Organização Mundial de Saúde introduz o "sentido de coerência" como recomendação estratégica para a meta número quatro, relativa à saúde para os jovens:

> *"A sense of coherence and belonging - Health is created if people are confident that life is manageable and meaningful, and if they have adequate resources (mental, physical,*

1. Extraído da dissertação: "Formação Profissional de Enfermeiros e desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico", Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, 2006.

2. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda. **ecarrondo@ipg.pt**

> *emotional, social and material) to meet whatever demands are placed on them. As a sense of coherence and belonging must be built up from infancy and childhood, experiences in family, kindergarten, school and health care environments have an important role to play in ensuring that young people get a consistent message and acquire the resources and coping skills that life requires" (WHO, 1999: 28).*

O conceito de "sentido de coerência" (sense of coherence) é apresentado por Antonovsky (1987:19):

> *"is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli, and (3) the demands are challenges worthy of investment and engagement".*

Ao criar este conceito, Antonovsky dá um importante impulso no emergir de um novo paradigma centrado nas origens da saúde, ou seja, na salutogénese - o paradigma salutogénico.

De acordo com a orientação salutogénica teorizada por Antonovsky (1996), existem factores individuais e colectivos que favorecem a saúde e o bem-estar, designando-os por factores salutogénicos.

Sendo a promoção da saúde um "processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam" (OMS, 1986), tendo como fundamento a orientação salutogénica, poderemos considerar a promoção da saúde como um processo que tem como objectivo o desenvolvimento das pessoas, aumentando os seus factores protectores (recursos gerais de resistência), através de um forte "sentido de coerência", que lhes dá a facilidade de ler a realidade, de encontrar recursos e de se envolver na resolução dos problemas, o que leva à responsabilização pela sua saúde, pela saúde das suas famílias e de toda a comunidade de que fazem parte.

A promoção da saúde surge assim como similar ao conceito de *empowerment*, que se refere ao reforço de competências, responsabilidade e capacidade das pessoas e grupos para mobilizar recursos e modificar as situações (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999).

O enfermeiro, ao centrar a sua prática profissional no paradigma salutogénico, desempenha um importante papel na promoção/educação para a saúde, contribuindo para o desenvolvimento e para a capacitação das crianças e dos jovens para a tomada de decisões em saúde.

Neste âmbito, considerando que os processos de trabalho do enfermeiro deverão favorecer o desenvolvimento e a capacitação para a tomada de decisões em saúde, qual será o perfil desejável do enfermeiro de cuidados gerais, numa perspectiva e contextos específicos: o desenvolvimento da criança e o contexto comunitário.

Perante este desafio, definimos como objectivos; identificar o(s) paradigma(s) subjacente(s) às concepções dos "peritos"; retirar implicações para a construção de um perfil de competências centrado no paradigma salutogénico.

O paradigma *salutogénico* é operacionalizado através do conceito de "sentido de coerência" (Antonovsky, 1987), nas suas três componentes: ser capaz de ler e interpretar a realidade (capacidade de compreensão); Acreditar que essa realidade pode ser melhorada e que, para tal, há recursos (capacidade de gestão); Desejar envolver-se na modificação da realidade (capacidade de investimento). O processo de trabalho que conduz ao desenvolvimento do "sentido de coerência" é participativo (Navarro, 1999).

O paradigma *patogénico* corresponde à prevenção (primária, secundária e terciária) e caracteriza-se essencialmente por ter como principal preocupação a doença e os factores de risco da doença, por desenvolver actividades de acordo com essa preocupação (consultas, vacinação, diagnóstico precoce, recuperação funcional, etc.) e por o trabalho se dirigir aos doentes ou a grupos específicos de risco (Navarro, 1999).

Utilizou-se, ainda, como referência o conceito de competência proposto por Alonso (2000:21): "capacidade de agir e reagir de forma apropriada perante situações mais ou menos complexas, através da mobilização e combinação de conceitos, procedimentos e atitudes pessoais, num contexto determinado, significativo e informado por valores."

METODOLOGIA

O estudo é parte integrante de um trabalho de investigação mais abrangente, que segue uma abordagem qualitativa. Corresponde a uma das cinco etapas metodológicas (abertas e inter-relacionadas) de um percurso de investigação caracterizado pela circularidade e comparação constante.

Procedimentos metodológicos

Foram seleccionados dezoito informantes-chave, cuja actividade profissional é desenvolvida em Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Faro, Guarda, Lisboa, Porto, Santarém, Setúbal e Viana do Castelo: seis enfermeiros (cinco do campo da formação e um da gestão) e doze informantes-chave de outras profissões com experiência de trabalho em/com centros de saúde – sete médicos de saúde pública, um médico de medicina geral e familiar, um médico pediatra, um psicólogo, um técnico de serviço social e um professor do primeiro ciclo do ensino básico, particularmente conhecedores do fenómeno em estudo.

Os participantes foram seleccionados por nomeação directa, com a ajuda de um perito na área em estudo, tendo como critérios: 1. Objectivo do seu trabalho – desenvolvimento da criança; 2. Experiência de trabalho em/com centros de saúde e com enfermeiros; 3. Trabalho em equipa interdisciplinar e intersectorial (parcerias); 4. Relevância profissional no âmbito da temática em estudo.

Para obter a informação utilizou-se o inquérito por entrevista aberta, com resposta livre, limitada pela própria questão, por correio electrónico ou correio normal (registo em papel). Constou de uma única questão aberta "Qual será o perfil desejável do enfermeiro comunitário, quando actue na perspectiva do desenvolvimento infantil, em centros de saúde?".

Análise da informação

Todas as respostas foram cuidadosamente lidas. Numa segunda leitura, procedeu-se à codificação aberta, a qual consistiu na leitura minuciosa das frases com o objectivo de encontrar incidentes, pô-los à margem do texto, categorizá-los e dar-lhes um nome que represente o fenómeno, criando-se assim categorias. Estas categorias foram sendo sistematicamente comparadas e contrastadas umas com as outras, levando a categorias mais complexas e inclusivas.

De seguida, procedeu-se ao que Strauss e Corbin (1990) designaram de codificação axial, em que se reuniu os dados recolhidos na codificação aberta, estabelecendo-se relações entre as categorias e subcategorias, o que permitiu pensar sistematicamente sobre os dados.

Por fim, realizou-se a codificação selectiva, ou seja, identificou-se a categoria principal, relacionando-a com as outras categorias e validando essas relações, confrontando-as com

os dados. Os critérios para a selecção da categoria principal foram a centralidade da categoria em relação às outras categorias, a frequência de ocorrência da categoria nos dados e a facilidade com que ela se relaciona com as outras categorias.

No sentido de verificar se a opinião dos "peritos" se poderia enquadrar num ou em ambos os paradigmas, salutogénico e patogénico, procedeu-se a uma análise categorial (manual), calculando e comparando as frequências de certas características, previamente agrupadas em categorias significativas. As análises temáticas procuram "(…) revelar as representações sociais ou os juízos dos interlocutores a partir do exame de certos elementos constitutivos do discurso", onde se inclui a análise categorial que "consiste em calcular e comparar as frequências de certas características previamente agrupadas em categorias significativas" (Quivy e Campenhout, 1992:226).

Foram utilizadas as seguintes *referências para análise:*

A – Como referência para o paradigma salutogénico utilizou-se:

A1 – "Sentido de Coerência", descriminado nas suas três componentes:

A1.1 – Ser capaz de ler e interpretar a realidade (capacidade de compreensão).

A1.2 – Acreditar que essa realidade pode ser melhorada e que, para tal, há recursos (capacidade de gestão).

A1.3 – Desejar envolver-se na modificação da realidade (capacidade de investimento).

A2 – Processo de trabalho que conduz ao desenvolvimento do sentido de coerência e que é participativo.

B – Como referência para o paradigma patogénico:

Este paradigma corresponde à prevenção (primária, secundária e terciária) e caracteriza-se essencialmente por:

B1 – Ter como principal preocupação a doença e os factores de risco da doença.

B2 – Desenvolver actividades de acordo com essa preocupação (consultas, vacinação, diagnóstico precoce, recuperação funcional, etc.).

B3 – O trabalho dirige-se aos doentes ou a grupos específicos, de risco.

Como *categorias para análise* foram consideradas:

Para o paradigma salutogénico utilizaram-se duas categorias de análise: a categoria A1, com 3 sub-categorias (A1.1, A1.2 e A1.3) e a categoria A2.

No caso do paradigma patogénico considerou-se apenas uma categoria, a categoria B – prevenção – com 3 subcategorias (B1, B2 e B3).

Definiram-se ainda os *critérios de inclusão* das respostas nos paradigmas em referência: como critério de inclusão das respostas no paradigma salutogénico, considerou-se as que incluíssem, no mínimo, 3 formulações correspondentes às categorias A1 e/ou A2 e nenhuma com conotação negativa; para o paradigma patogénico considerou-se como critério de inclusão, as respostas que referissem pelo menos 3 formulações correspondentes à categoria B.

RESULTADOS

As concepções dos informantes-chave "peritos"

A função social da profissão de enfermagem consiste, na opinião dos "peritos", em contribuir para o desenvolvimento das pessoas e comunidades. Esta função enquadra-se no conceito de promoção da saúde decorrente da Conferência de Ottawa (OMS, 1986).

Na sua opinião, o enfermeiro desempenha os papéis de educador, prestador de cuidados, supervisor, advogado e líder e é reconhecido e aceite como elemento fundamental no processo de desenvolvimento da criança, enquanto profissional interventivo e motivado.

O(s) paradigma(s)

Para identificar o paradigma subjacente às concepções de informantes-chave "peritos", procurou-se verificar qual dos paradigmas, salutogénico ou patogénico, sobressai nas respostas:

a) Paradigma salutogénico

Como referência utilizou-se o "sentido de coerência", nas suas três componentes, e o processo de trabalho que conduz ao desenvolvimento do "sentido de coerência", que é participativo.

A observação e interpretação da realidade da criança, em si mesma e enquadrada no(s) ambiente(s) em que vive é a característica prioritária, ou seja, a referida por maior número de "peritos". Uma outra característica diz respeito à análise crítica e reflexiva sobre a realidade da criança e da família, fundamental para a compreensão do meio interno e externo, para a identificação e valorização dos factores positivos (salutogénicos) e para o reconhecimento de que existem pontos de partida úteis para a acção.

Quadro 1. Opinião dos "peritos" sobre o perfil - "sentido de coerência"[3].

SENTIDO DE COERÊNCIA	CARACTERÍSTICAS
Ser capaz de ler e interpretar a realidade	- Observação e interpretação da realidade da criança, em si mesma e enquadrado no (s) ambiente (s) em que vive. (8) - Análise crítica e reflexão sobre a realidade da criança e da família. (4)
Acreditar que essa mesma realidade pode ser melhorada e que, para tal, há recursos	- Acreditar que a realidade pode ser melhorada e que é necessário estudar como fazê-lo. (1) - Procurar recursos para melhorar a saúde das crianças. (2)
Desejar envolver-se na modificação da realidade	. Desejar envolver-se na resolução dos problemas identificados e/ou na melhoria da situação. (1) . Envolvimento e mobilização da família e dos parceiros sociais para a resolução dos problemas das crianças. (5)

Para a intervenção sobre a realidade identificada é necessário acreditar que a realidade pode ser melhorada e que é necessário estudar como fazê-lo, procurar e mobilizar recursos para a elevação do nível de saúde das crianças.

Desejar envolver-se na resolução dos problemas identificados e/ou na melhoria da situação (investimento e empenho), envolvendo e mobilizando a família e os parceiros sociais, é fundamental para a resolução dos problemas da criança.

3. Os números entre parênteses correspondem ao número de profissionais que cumpriu os critérios de inclusão.

Quadro 2. Opinião dos "peritos" sobre o perfil – processo participativo.

	CARACTERÍSTICAS
PROCESSO PARTICIPATIVO	. O enfermeiro deve ser animador para a conscientização1. (1) . O enfermeiro deve saber relacionar-se positivamente com a criança e com a família. (9) . O enfermeiro deve partilhar o poder com a família e com os outros parceiros. (1) . O enfermeiro deve saber escutar os anseios e as expectativas das famílias. (4)

Os processos de trabalho participativos conduzem ao desenvolvimento do "sentido de coerência", traduzindo-se numa intervenção em que sejam constantes: a partilha do poder, o esbatimento de hierarquias na relação profissional, a valorização dos saberes e opiniões dos outros, o trabalho em equipa e intersectorial, uma relação horizontal onde todos se assumam como "sujeitos", para além da competência científica e técnica relativa às áreas de conhecimento que concorrem para a acção.

Os "peritos" dão prioridade ao relacionamento positivo com a criança e com a família, numa perspectiva de relação horizontal, e ainda ao saber escutar os anseios e expectativas das famílias, valorizando assim os seus saberes e opiniões. O enfermeiro contribui desta forma para o desenvolvimento do "sentido de coerência" nas crianças.

b) Paradigma patogénico

Em nenhuma das respostas predomina o paradigma patogénico.

AS COMPETÊNCIAS

Dimensão profissional social e ética

Competências relacionadas com a responsabilidade pessoal e social - O enfermeiro procura, no exercício profissional, o equilíbrio entre as vertentes pessoa, profissional e cidadão.

Competências relacionadas com a responsabilidade ética e legal - Reconhece os valores, conceitos e saberes que utiliza e respeita as crenças, atitudes e comportamentos diferentes dos seus.

Dimensão da prestação e gestão de cuidados

Competências relacionadas com o desenho integrado do processo de cuidados – o enfermeiro partilha o poder com outros intervenientes (criança, família, professores, educadores e outros profissionais), envolvendo-os desde o planeamento à avaliação das intervenções; interpreta o contexto real, nomeadamente social e económico das crianças e suas famílias, caracterizando e avaliando a situação/desenvolvimento das crianças; formula estratégias para intervir na realidade interpretada; mobiliza recursos para fazer face às necessidades/problemas das crianças e famílias/cuidadores.

Competências relacionadas com a organização de ambientes de cuidados de qualidade - o enfermeiro envolve a criança e a família/cuidador na organização de ambientes que favoreçam o desenvolvimento.

Competências relacionadas com a abordagem integradora da pessoa-sujeito - o enfermeiro interpretam e aceita as preocupações dos pais, conferindo-lhes confiança; está atento às expectativas que os utilizadores têm sobre si mesmos, estimulando a auto-confiança, o auto-cuidado e o sentido de responsabilidade por si mesmos e pelo grupo a que pertencem; estimula o fornecimento de informação pela criança, pais e outros interlocutores, adequando-a à construção de propostas para resolução de problemas; comunica de forma assertiva e coerente com a criança e a família.

Dimensão organizacional e comunitária

Competências relacionadas com a cooperação e trabalho interdisciplinar – o enfermeiro estimula e envolve, no trabalho em equipa, outros profissionais (e.g. enfermeiros, médicos, técnicos do serviço social, psicólogos, nutricionistas) e outras instituições, tendo a preocupação de evitar/diminuir/gerir conflitos; mobiliza parceiros sociais (e.g. famílias, líderes comunitários, serviços e associações da comunidade – escolas, autarquias, segurança social, protecção de menores).

Competências relacionadas com a organização e gestão de qualidade - o enfermeiro identifica e diagnostica necessidades, planeia, propõe intervenções e avalia o desempenho; articula com os diferentes serviços do Centro de Saúde e diferentes instituições.

Competências relacionadas com a intervenção comunitária e a acção intersectorial - o enfermeiro identifica recursos disponíveis na comunidade, dinamizando respostas que permitam o acompanhamento, correcção ou minimização de situações que comprometam o desenvolvimento da criança; envolve-se em programas de identificação de situações que condicionam o desenvolvimento da criança.

Dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida

Competências relacionadas com a prática reflexiva - o enfermeiro reflecte de forma descentrada e partilhada sobre a sua própria acção.

Competências relacionadas com a investigação – o enfermeiro investiga.

Competências relacionadas com a formação contínua – o enfermeiro esforça-se no desenvolvimento próprio a nível pessoal e profissional, nomeadamente das capacidades de análise, interpretação e crítica.

Os conhecimentos para a competência

Quanto aos *conhecimentos declarativos ou conceptuais* a mobilizar para a competência, os conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança e a dinâmica da família são os mais referidos. Englobam a referência aos conhecimentos relacionados com a psicologia do desenvolvimento, a pedagogia (e.g. aprendizagem, potenciar estímulos), a animação sócio-cultural, os factores que influenciam o desenvolvimento (e.g. alimentação, imunização, segurança, patologias), a epidemiologia e os indicadores de desenvolvimento. Os conhecimentos de estatística são referidos na perspectiva de "saber registar, avaliar e analisar" e ter "capacidade crítica e interpretação".

Quadro 3. Conhecimentos a mobilizar para a competência.

CONHECIMENTOS	
Declarativos ou conceptuais	- Ter conhecimentos sólidos sobre o desenvolvimento da criança e a dinâmica da família. (9) - Ter formação estatística. (1) - Ter formação académica sólida. (1)
Procedimentais ou metodológicos	- Ser investigador. (2) - Planear cientificamente as intervenções. (1)
Atitudinais	- Inspirar confiança e segurança. (4) - Ser disponível. (3) - Ter em conta a cultura das pessoas com quem trabalha. (2) - Gostar de crianças. (2) - Desejar trabalhar fora do centro de saúde - na comunidade. (2) - Ser paciente e compreensivo. (1)

A dinâmica familiar é referida no sentido de "perceber a família nas suas diversas expressões, família possuidora de raízes e de uma cultura própria (...)", e ainda na perspectiva da família enquanto "sistema no seio do qual se desenvolve a criança".

Ter formação académica sólida é citado no sentido de uma formação centrada na promoção da saúde.

Os *conhecimentos procedimentais ou metodológicos* envolvem a capacidade de investigar e de planear cientificamente as intervenções.

Os *conhecimentos atitudinais* a mobilizar com maior número de citações são: inspirar confiança e segurança e ser disponível. Ter em conta a cultura das pessoas com quem trabalha, gostar de crianças e desejar trabalhar fora do Centro de Saúde, na comunidade, são referidas por dois profissionais. É ainda referido por um profissional ser paciente e compreensivo, como um conhecimento a mobilizar para a competência.

CONCLUSÕES

O paradigma salutogénico encontra-se subjacente às concepções dos "peritos". Os seus contributos/concepções podem enquadrar-se nas três componentes do "sentido de coerência":

- A observação e interpretação da realidade da criança, como pessoa e no seu contexto de vida, a análise crítica e reflexão sobre a realidade da criança e da sua família são características da *capacidade de compreensão* do enfermeiro - ser capaz de ler e interpretar a realidade.
- Acreditar que a realidade pode ser melhorada e que é necessário estudar como fazê-lo e procurar recursos para melhorar a saúde das crianças, enquadra-se na *capacidade de gestão* - ser capaz de procurar e mobilizar recursos para intervir sobre a realidade identificada.
- O envolvimento e mobilização da família e dos parceiros sociais, no sentido da resolução dos problemas identificados ou na melhoria da situação, correspondem à *capacidade de investimento* – a componente motivacional.

Os processos participativos são os que mais contribuem para o desenvolvimento do "sentido de coerência". Os "peritos" consideram que o enfermeiro deve ser *animador para a conscientização*; saber relacionar-se positivamente com a criança e a família; partilhar o poder de decisão com a família e outros parceiros e saber escutar os anseios e as expectativas da família.

Os "peritos" dão prioridade à *dimensão da prestação e gestão de cuidados* e à competência "interpreta o contexto real, nomeadamente social e económico das crianças e suas famílias, caracterizando e avaliando a situação/desenvolvimento das crianças e formula estratégias para intervir na realidade interpretada", o que vem confirmar esta dimensão como central na profissão de enfermeiro.

A *dimensão organizacional e comunitária* é também muito referenciada, o que reflecte o perfil específico de desempenho do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário. As competências mais referidas são: estimula e envolve, no trabalho em equipa, outros profissionais (*e.g.* enfermeiros, médicos, técnicos do serviço social, psicólogos, nutricionistas) e outras instituições, tendo a preocupação de evitar/diminuir/gerir conflitos; mobiliza parceiros sociais (e.g. famílias, líderes comunitários, serviços e associações da comunidade – escolas, autarquias, segurança social, protecção de menores).

Quanto aos conhecimentos a mobilizar para a competência, os *conhecimentos declarativos ou conceptuais* sobre o desenvolvimento da criança e a dinâmica da família são os mais referidos. A capacidade de investigar e de planear cientificamente as intervenções corresponde ao *conhecimento procedimental ou metodológico* referido.

Inspirar confiança e segurança e ser disponível são os *conhecimentos atitudinais* com maior número de citações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, L (2000). A construção de um referencial de competências-chave para a cidadania e a empregabilidade. *Saber Mais – Revista para o desenvolvimento da educação e formação de adultos*, 5, pp. 20-27.

Antonovsky, A (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International,* 1, pp. 13-17.

Antonovsky, A (1987). *Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bengel, J; strttmatter, R; willmann, H (1999). What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health. *Research and Practice of Health Promotion*, Vol. 4. Cologne: Federal Centre for Health Education.

Gadotti, M (org.) (1997). *Paulo Freire: uma biografia.* São Paulo: Cortez Editora e Instituto Paulo Freire.

Navarro, M F (1999). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In J. Precioso, *et al* (Orgs.). Educação para a Saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, pp. 13-28.

Organisation Mondial de la Santé (1986). *Charte D'Ottawa pour la promotion de la santé.* Ottawa: Association Canadienne de Santé Publique.

Quivy, R.; campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais.* Lisboa: Gradiva.

Strauss, A; Corbin, J (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques.* London: Sage.

World Health Organization (1999). Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. *European Health for All Series n.º 6,* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

(Footnotes)

1. Processo pedagógico que busca dar ao ser humano uma oportunidade de descobrir-se através da reflexão sobre a sua existência. In Gadotti, M. [Org] (1997). Paulo Freire: uma biografia. São Paulo: Cortez Editora e Instituto Paulo Freire, p. 717.

OS "7 + 2 DA SAÚDE" NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Cristiana Carvalho[1]

Resumo

Este trabalho pretende dar destaque à promoção da saúde como um processo educativo em que a dimensão participativa das pessoas é primordial, para que estas aumentem a sua capacidade de controlar os factores que determinam a sua saúde no sentido de a melhorar. Este reconhecimento de que a manutenção da saúde depende grandemente do estilo de vida adoptado pelo sujeito, leva ao reforço dos comportamentos protectores de saúde ou estilos de vida saudáveis. Assim, pretende-se apresentar, como estratégia de intervenção, um recurso lúdico construído com base nos 9 factores protectores da saúde encontrados no primeiro estudo de Educação para a Saúde, levado a cabo na Califórnia, por Alameda County, conhecido como "Os 7 (+1) da Saúde", em que a sua metodologia é activa e participativa.

Palavras-chave

Educação e Promoção da Saúde; Estilos de Vida Saudáveis; Estratégia de Intervenção na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis

INTRODUÇÃO

Actualmente, existem várias definições de Saúde, dado este conceito ser extremamente complexo e variável de acordo com o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico. Inicialmente, o conceito de saúde era entendido numa base dicotómica entre saúde e doença.

O conceito de saúde foi redefinido na Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (URSS, 1978), da qual resulta a Declaração de Alma-Ata, em que a saúde passa a ser definida em termos positivos e entendida como "estado de completo bem-estar físico, mental e social (e espiritual – será acrescentado mais tarde) e não apenas a ausência de afecções ou doenças" (OMS, 1978: 2, citado por Antunes, 2008, p. 53).

Desta forma, a saúde deixa de ser encarada apenas como ausência de saúde para passar a ser vista como um estado e um processo de completo bem-estar, assim como, passa a ver considerada como um processo dinâmico em evolução e transformação ao longo da vida. Este processo é integrado e holístico "tendo em conta as várias dimensões do ser humano físicas, psíquicas, sociais, económicas, ambientais, culturais, etc" (Antunes, 2008, p. 53).

Contudo, alguns autores vêm criticar esta definição porque se torna demasiado idealista, uma vez que, "dificilmente uma pessoa se sente em completo bem-estar o que não quer dizer que não viva com saúde" (Silva, 2002, p.22), no entanto, permitiu situar a saúde "numa perspectiva positiva em que ter saúde deixa de ser apenas o oposto de estar doente" (Silva, 2002, p.22) passando do modelo patogénico (centrado na prevenção da doença) para o modelo salutogénico (centrado na promoção da saúde). Assim, saúde passou a ser reconhecida como bem-estar e como capacidade de viver bem e de se sentir bem, como realização do potencial humano aos níveis biológico, psicológico e social.

1. Mestrado em Ciências da Educação na FPCEUC; Coordenadora do Gabinete de Apoio ao Aluno no Externato Cooperativo da Benedita (Espaço de Atendimento a Jovens na Escola – Espaço AJE). **cristianapc@hotmail.com**

Esta redefinição do conceito de saúde aumentou o poder de decisão e participação das pessoas e das comunidades na promoção da saúde, factor de desenvolvimento pessoal e social (Antunes, 2008). Desta forma, a saúde é concebida como um processo que pode ser controlado e melhorado, dependendo da participação responsável de cada um e da comunidade.

Segundo a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986), a saúde é concebida e vivida pelas pessoas em todos os quadrantes da vida quotidiana: "nos locais onde se aprende, se trabalha, se brinca, se ama". A Saúde é concebida como o cuidado que se dispensa a si e aos outros; como o ser capaz de tomar decisões e de controlar-se nas circunstâncias de vida; como o assegurar-se que a sociedade em que se vive cria condições que permitem a aquisição da saúde por todos os seus membros[2].

Assim, a saúde é considerada um recurso para a vida e não um objectivo de vida, destacando-se não só as capacidades físicas mas também os recursos sociais e pessoais (Carta de Ottawa, 1986, citado por Silva, 2002).

Segundo Antunes (2008), viver com saúde é objecto de aprendizagem porque os saberes que as pessoas detêm (sejam eles formais ou informais) permitem evitar, controlar e melhorar muitos problemas de saúde. Desta forma, a saúde é "um requisito fundamental para a aprendizagem e promoção do processo educativo e (…) que a educação e a saúde são pilares fundamentais do bem-estar individual e comunitário imprescindível ao desenvolvimento" (Antunes, 2008, p. 48).

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Educação para a Saúde assume uma importante função no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença, sendo entendida como um factor essencial para a mudança de comportamentos e de atitudes, necessários ao estabelecimento de estilos de vida mais saudáveis. Assim, Alcázar (2003, p. 269) refere-se à educação para a saúde como um "processo de experiências e de aprendizagens com a finalidade de influenciar positivamente a saúde".

Segundo Costa e Lopes (1996, citado por Alcázar, 2003, p. 269) a Educação para a Saúde pode ser vista como um "processo planificado e sistemático de comunicação e de ensino-aprendizagem orientado de modo a facilitar a aquisição, escolha e manutenção de práticas saudáveis e dificultar as práticas de risco."

Outra definição, actualmente considerada como um das mais completas, é apresentada pela Organização Mundial de Saúde (1983, citado por Alcázar, 2003, p.269) que descreve a Educação para a Saúde como "um conjunto de actividades de informação e educação que estimulam as pessoas a querer desfrutar de uma boa saúde, a saber como alcançar esse objectivo e a fazer o possível, individual e colectivamente, para conservar a saúde e recorrer a ajuda se necessário".

Assim, na actualidade, a Educação para a Saúde procura não só a modificação dos comportamentos e hábitos geradores de doença mas, principalmente, incutir nas pessoas (em termos individuais e colectivos) uma maior responsabilidade nas opções que dizem respeito à sua saúde e ao bem-estar. Além disso, é um dos "sectores privilegiados na promoção da saúde dos jovens e um dos meios necessários à redução das desigualdades neste domínio" (Andrade, 1995, p. 22).

Desta forma, torna-se patente a importância da capacitação das pessoas e da participação das comunidades como factores de promoção da saúde, sendo que a educação, entendida como aprendizagem ao longo da vida, é a chave para que a saúde seja um bem acessível a

2. Informação consulta em http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf - acedido a 27 de Fevereiro de 2008.

todos, tornando os indivíduos competentes no controlo e melhoria da sua saúde (Antunes, 2008).

Segundo a Carta de Ottawa (1986[3]), a Promoção da Saúde é o "processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o individuo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio".

Esta definição do conceito de Promoção da Saúde permite percepcioná-la como um processo de saúde que se deve centrar no ser humano, para assim alcançar um estado de completo bem-estar, devendo este ser capaz de "identificar as suas necessidades e alterar os seus comportamentos com vista a um estilo de vida mais saudável"

(OMS, 1986: 2, citado por Antunes, 2008, p. 53).

A mudança do paradigma patogénico para o solutogénico permitiu intervir com a finalidade de obter melhores níveis de saúde individual e colectiva, no sentido "do desenvolvimento de processos que capacitem e habilitem cada pessoa para gerir de forma mais responsável e autónoma a sua própria saúde e a dos outros (empowerment) e, consequentemente, que contribuam (…) para a preservação do meio ambiente" (Silva, 2002, p. 211).

A Promoção da Saúde é "concretizável através de intervenções complementares e diversificadas, de diferente envergadura e abrangência, que podem ir desde as medidas legais, às medidas de prevenção, às modificações nas condições de vida ou à informação e educação para a saúde" (Silva, 2002, p. 211 e 212).

Assim, é importante criar as condições ambientais, económicas, sociais e culturais que permitam às pessoas realizar as escolhas mais saudáveis (Silva, 2002) e também possuir conhecimentos sobre que factores interferem com a saúde.

ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

O conceito de "estilo de vida" tem vindo a ganhar muita importância no campo de intervenção da educação para a saúde, e isto deve-se ao facto das "soluções para os problemas de saúde actuais dependerem mais que nunca do que os sujeitos fazem ou não fazem por si mesmos" (Madler, 1977, citado por Roales-Rieto, 2003, p.120). Ou seja, a manutenção da saúde depende grandemente do estilo de vida adoptado pelo sujeito.

Na opinião de Roales-Rieto (2003, p. 120), "estilo de vida" é entendido como "a correlação entre certos modos e formas de viver, uma maior duração de vida e um menor impacto de certas doenças graves". "Estilo de vida" pode, também, ser definido como "a forma ou a maneira como os sujeitos conduzem as suas actividades do dia-a-dia" (Singer, 1982, citado por Roales-Rieto, 2003, p.128). Segundo outro autor, podemos definir estilos de vida como "comportamentos sobre os quais o indivíduo tem controlo o que inclui todas as atitudes que afectam, ou resultam num risco, para a saúde" (Ardell, 1979, citado por Roales-Nieto, 2003, p. 128). Estas definições reforçam a ideia de que os próprios sujeitos podem fazer mais pela sua saúde, do que qualquer sistema de saúde.

Desta forma, a saúde resulta das opções que os sujeitos tomam no dia-a-dia, sejam elas ao nível físico, mental, social ou espiritual, o que implica que a manutenção da saúde dependa grandemente do estilo de vida adoptado pelo sujeito.

Dada a importância dos sujeitos optarem por estilos de vida mais saudáveis, apresentamos de seguida alguns dos hábitos que são considerados saudáveis e que

3. Informação consulta em http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf - acedido a 27 de Fevereiro de 2008.

resultaram do Estudo de Alameda County – Os 7 (+ 1) da Saúde – levado a cabo na Califórnia (EUA, nos finais dos anos 60). Este é visto como o primeiro grande estudo de Educação para a Saúde e, a partir dele surge uma nova forma de pensar a Promoção da Saúde: através dos comportamentos/factores protectores de saúde (safety behavior) ou estilos de vida saudáveis (wellness).

OS 7 (+1) DA SAÚDE

- 1- dormir 7/8 horas por dia
- 2- manter um peso adequado
- 3- ter uma alimentação equilibrada e variada
- 4- praticar exercício físico regularmente
- 5- consumir álcool moderadamente
- 6- nunca ter fumado
- 7- nunca ter consumido substâncias psicoactivas
- 8- usar sempre o Cinto de segurança (devido ao elevado número de acidentes rodoviários, que todos os anos são responsáveis não só pela morte de muitos, como pela diminuição da qualidade de vida de outros)
- Se o estudo fosse novamente realizado nesta primeira década do século 21, o 9.º *safety behavior* seria:
- 9- utilizar sempre o preservativo (porque é o único meio de protecção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis, que atingem, todos os anos, números assustadores)

Desta forma, a Promoção da Saúde tem sido reforçada, através de comportamentos protectores de saúde ou estilos de vida saudáveis, que trazem um novo sentido de responsabilidade ao sujeito, devendo este zelar pelo seu bem-estar.

Dada a importância dos sujeitos optarem por estilos de vida mais saudáveis, a educação para a saúde deve "facilitar as mudanças de estilo de vida de forma voluntária, através da aquisição de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou mesmo recuperar a saúde" (Rodrigues, 2005, p. 48). Neste sentido é importante que as intervenções sejam orientadas para um conjunto de comportamentos que caracterizam um estilo de vida do sujeito, tendo em conta o contexto em que estes se desenvolvem (Alcázar, 2003).

Na opinião de Gomes (2003, citado por Antunes, 2008), educar para a saúde implica motivar os indivíduos para que adoptem, de forma livre e a partir de conhecimentos, atitudes e comportamentos promotores de estilos de vida saudáveis para que estes se sintam bem consigo e com os outros, e desenvolvam um sentido de responsabilidade em função desse bem-estar.

Quando se intervém nos estilos de vida é importante desenvolver competências como: a resolução de conflitos, tomada de decisão ou comunicação interpessoal. Estas competências pessoais e sociais são um elemento integrante do próprio estilo de vida, merecendo por isso ser alvo de atenção (Alcázar, 2003).

Dada a importância do novo conceito de saúde, foi fundamental a criação de medidas de Promoção e Educação para a Saúde como, as que surgiram pelo Grupo de Trabalho de Educação Sexual, com a criação dos Gabinetes de Apoio aos Alunos nas escolas, visando a melhoria das condições do meio, para facilitar o acesso à informação e à formação no âmbito da saúde.

Neste sentido, a promoção e educação para a saúde na escola contribui para o desenvolvimento das competências de cada indivíduo, da sua criatividade e capacidade para se confrontar consigo próprio, no sentido de desenvolver (e modificar, caso necessário) hábitos saudáveis e resolver os seus próprios problemas (Freitas & Faria, in Precioso, 2000).

A Educação para a Saúde, enquanto estratégia de Promoção da Saúde, possibilita a capacitação das pessoas para a realização de escolhas saudáveis, de modo informado, consciente, responsável e autónomo. Esta comunicação pedagógica pode ser feita através de estratégias que mobilizem os sujeitos, como as metodologias dinâmicas e lúdicas (jogos).

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Como estratégia de intervenção foi utilizado um recurso lúdico construído com base nos 9 factores protectores da saúde encontrados no estudo de Alameda County, denominado por "Os 7 + 2 da Saúde", sendo a sua metodologia activa e participativa.

Este recurso foi criado no âmbito do Gabinete de Apoio ao Aluno denominado por Espaço de Atendimento a Jovens na Escola (ESPAÇO AJE) do Externato Cooperativo da Benedita, com o intuito de comemorar o Dia Mundial da Saúde.

Esta actividade implicou a participação de 9 turmas do 7.ºano que durante duas semanas puderam contar com uma sessão de 90 minutos sobre os estilos de vida saudáveis, nas aulas de Formação Cívica, Área de Projecto e Estudo Acompanhado.

Este recurso lúdico revelou ser uma estratégia eficaz para envolver os alunos, dando-lhes um papel mais activo e participativo. Tornou-se patente a importância que algumas tarefas e situações (criadas nos cartões) assumiram na dinâmica do jogo, permitindo colocar em prática algumas competências de comunicação, tomada de decisão e resolução de conflitos através da simulação e/ou representação de situações de pressão do grupo de pares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação à sessão e ao recurso realizou-se através de numa ficha de satisfação, com base no primeiro nível do Modelo de Donald Kirkpatrick, tendo como escala de resposta "Muito Insuficiente", "Insuficiente" "Suficiente" "Bom" e "Muito Bom". Posteriormente, para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa Statisical Package for Social Sciences (SPSS), o qual permitiu obter as frequências das respostas.

Desta forma, a sessão agradou a 58,9% (n=119 em 202) dos alunos que responderam "muito bom" quanto à estruturação da sessão. A temática dos Estilos de Vida Saudáveis revelou ser um tema importante para 71,8% (n=145 em 202) dos alunos que responderam "muito bom".

Quanto à avaliação do Jogo "Os 7 + 2 da Saúde", este obteve a apreciação máxima ("muito bom") por 71,8% (n=145 em 202) dos alunos, seguindo-se de 24,3% (n=49 em 202) que apreciou o recurso como "bom".

No que respeita à prestação da Formadora, esta foi avaliada de forma muito positiva pelos 80% (n=160 em 200) de alunos que referiu "muito bom". A cooperação do grupo e a participação individual encontra-se maioritariamente entre o "bom" e "muito bom".

Assim, a avaliação revelou dados muito positivos, em virtude da apreciação feita pelos alunos, que pediram para voltar mais vezes e trazer o jogo "Os 7 + 2 da Saúde".

O dinamismo do jogo e a forma lúdica e divertida como foram abordados os conteúdos revelou-se potenciador da aprendizagem, mostrando ser uma boa estratégia de intervenção para esta faixa etária na Promoção da Saúde em contexto escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Andrade, M. (1995*). A Educação para a Saúde: Guia para Professores e Educadores.* Educação Hoje. Lisboa: Texto Editora.

Alcázar, A.I. & colaboradores. (2003). Educación para la Salud. In J. M. Quiles, & colaboradores, *Manual de Psicologia de la Salud con ninos, adolescentes y familia*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Antunes, M. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento.* Colecção de Ciências da Educação e Pedagogia. Coimbra: Edições Almedina.

Freitas, C. & Faria, M. (2000). *Escola Saudável para Crescer em Saúde*. In J. Precioso *et al*, *Educação para a Saúde* (1999). Braga: Departamento de Metodologia da Educação. Universidade do Minho.

Silva, L. (2002). *Promoção da Saúde.* Lisboa: Universidade Aberta.

Roales, J. (2003). *Psicologia de la salud, aprocimácion histórica, conceptual y aplicaciones.* Comportamiento y salud y comportamiento como riesgo. Madrid: Ediciones Pirámide.

http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf - acedido a 27 de Fevereiro de 2008

PARAR PARA PENSAR... QUE SIGNIFICA EDUCAR PARA A SAÚDE?

Clara Costa Oliveira[1] & Rosália Fonte[2]

Resumo

A expressão ”educação para a saúde” entrou no nosso vocabulário quotidiano sem que tenhamos tido muitas vezes oportunidade de pensar no que ela significa, a que campos se aplica, de que áreas científicas emerge (da educação ou da saúde?), e em que domínios tem mais impacto.
Neste artigo, pretendemos reflectir sobre algumas destas questões, salientando o carácter interdisciplinar da educação para a saúde e a formação profissional que tal perspectiva acarreta. Debruçamo-nos ainda sobre alguns aspectos explicitamente menos abordados nesta área, tais como a dimensão ética, individual e social, que se encontra implícita na construção de projectos de vida recomendada pela OMS para os projectos de educação para a saúde em contexto escolar.

Palavras-chave

Educação formal; educação não formal; responsabilidade.

Apesar de a dimensão formal da educação para a saúde ser cada vez mais apoiada institucionalmente, não podemos esquecer a importância daquela que se realiza em contextos não formais e informais. Estes dois tipos de contextos ajudam-nos a consciencializar que a expressão lata ”educação para a saúde” (bem como “promoção da saúde”) assenta em práticas muito variáveis e em profissionais com formação muito diferenciada.

Propomo-nos neste singelo trabalho parar um pouco para reflectir, nem sempre sistematicamente, sobre essas diferentes práticas e sobre a implícita falta de rigor conceptual que elas manifestam.

1. Os conceitos, ou expressões conceptuais, referem-se a significações que vamos construindo e atribuindo a determinadas práticas e ao relacionamento dessas expressões com outras do mesmo tipo de jogo de linguagem no qual estamos imersos. Esta constitui uma das primeiras dificuldades com que nos deparamos quando paramos para pensar sobre estas questões. Com efeito, encontramo-nos no mundo da saúde, ou no mundo da educação? Ou será que nos movemos numa construção de significação intrinsecamente interdisciplinar? Mas, se assim, for, os profissionais destas duas grandes áreas epistémicas saberão o suficiente sobre os conceitos e práticas utilizados na área que não académica (e/ou profissionalmente) a sua, para que possamos dialogar, em vez de monologar, sobre “educação para a saúde”? (Rodrigues, Pereira, Barroso, 2005)

Educar para a saúde pode ser mais conseguido na educação escolar que promova a interdisciplinaridade do que naquela que concentre as actividades de prevenção num responsável, usualmente um professor de Biologia.

Percebermos porque vivemos num mundo com condições de vida pouco saudáveis é muito importante para apostarmos noutras formas de vida; a Filosofia, a Geografia, a Literatura, a História da Religião, etc., podem ajudar-nos muito nestas tarefas.

A escola, imersa na sua multifuncionalidade patogénica não consegue usualmente desempenhar a sua função mais básica, criar condições para que as pessoas se desenvolvam

1. Universidade do Minho. **claracol@iep.uminho.pt**
2. Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto. **rfonte@estsp.ipp.pt**

integral e harmoniosamente. E, no entanto, numa época em que o dinheiro escasseia (ou é mal gerido) sermos solidários e criativos na gestão das várias áreas curriculares afigura-se como absolutamente fundamental para conseguirmos realizar acções de Educação para a Saúde que frutifiquem, sejam elas certificadas, ou não (Oliveira, 2002).

2. Ao longo da nossa história de vida, fomos (e somos) educadoras não formais e informais de saúde, quase quotidianamente. Temo-lo sido, porém, também na sua vertente formal, colaborando na formação de enfermeiros, médicos, psicólogos, biólogos, técnicos superiores de educação, técnicos de apoio domiciliário, professores, fisioterapeutas, etc.

Algumas das pessoas que ajudamos a formar desempenham papéis formais (reconhecidos e certificados institucionalmente) na educação e/ou na promoção da saúde. Outras, como os técnicos de apoio domiciliário, desempenham-no não formalmente, sem um apoio de supervisão, por exemplo. Outros ainda, desempenham um papel extraordinário, e insubstituível, no desempenho desta tarefa ao nível informal, como os voluntários não certificados que podemos encontrar ao longo da nossa vida, quais anjos que nos emergem no meio das burocracias institucionais em que a educação para a saúde, por vezes, se encontra imersa.

3. Na maior parte dos programas formais, continuamos a reconhecer o papel da educação para a… doença, para a sua prevenção e/ou para a sua reabilitação. Ainda que tais programas continuem a ser úteis (ou pelo menos, alguns deles), sobretudo ao nível de grupos previamente identificados, não podemos negar que a educação para a saúde deveria abranger muito mais do que as questões patogénicas, e afins.

O problema mais grave que provavelmente estas práticas têm acarretado prende-se com a crença de que a prevenção/reabilitação de doenças se consegue pela implementação de mecanismos fisiológicos e/ou psicológicos de causalidade linear baseada na autoridade de quem representa o saber face ao ignorante, vítima da sua condição de analfabeto funcional. Tal é o caso, por exemplo, das mensagens aparentemente aterrorizadoras dos maços de tabaco.

O movimento ecológico alerta-nos contudo para que a causalidade linear nem sempre nos ajuda a orientar melhor pessoas e grupos na tomada de decisões quanto às suas vida (Bateson, 1972); também nos tem colocado perante a nossa responsabilidade individual e colectiva na destruição de grande parte do nosso habitat (o que é deveras singular, em termos filogenéticos). Sendo nós a espécie da racionalidade, somos simultaneamente uma das espécies mais vulneráveis, sobretudo devido à nossa enorme capacidade afectiva. (MacIntyre, 1999); esta é uma das principais razões por que a racionalidade imposta perseverantemente nem sempre obsta comportamentos desregrados de grupos ou de pessoas. Talvez assim se perceba que uma acção sobretudo pragmática (no ponto de vista dos fumadores), como a proibição de fumar em recintos fechados se revele muito mais eficaz do que as que pretendem rentabilizar o efeito do terror em mentes esclarecidas (com as frases bombásticas dos maços de tabaco).

Já tivemos muito tempo e já experienciámos bastantes vezes os efeitos negativos de práticas de educação para a doença demasiadamente crentes na causalidade linear de tipo mecanicista e na potencialidade transformadora da racionalidade e autoridade humanas. Urge que consigamos construir formas de educação eficazmente salutogénicas; serão essas que incluirão necessariamente as visões ecológicas pois visam um objectivo comum: o equilíbrio e a auto-regulação complexificante da vida. Por muito delirante que possa parecer, não há possibilidade de se educar para a saúde sem se valorizar atitudes individuais e colectivas de tipo ético, tais como a generosidade, o altruísmo, a generosidade. A virtude de ser-se confiável revela-se cada vez mais como absolutamente necessária, por parte do educador (Neto, Aitken, Paldron, 2004; Oliveira, 2004)..

A sua importância emerge na educação para a saúde formal a partir da sabedoria proveniente da educação comunitária de tipo não formal. Não se respeita quem nos ofende, ainda que racionalmente consideremos que erramos; pois a maior parte dos estilos de vida não saudáveis não resultam de uma má vontade, ou teimosia simples, das pessoas. Obedecer-se por medo, mesmo sentindo-se culpado, raramente tem efeito a longo prazo, e é, por si, um comportamento pouco saudável pois é desequilibrante emocionalmente. A absoluta necessidade de respeitar a dignidade humana de quem opta por formas de vida consideradas menos saudáveis é a única possibilidade de sermos por elas escutados (Oliveira, 2008).

A criação de espaços de partilha dos conhecimentos entre pares sobre temáticas consideradas importantes para uma vida mais saudável pelos próprios membros dos grupos com os quais se trabalha, será sempre um importante ponto de partida para um educador para a saúde, que assume a sua função de orientador e não de instrutor da verdade.

5. A Educação para a Saúde precisa de se distanciar cada vez mais de modelos somente punitivos e ameaçadores. Sabemos hoje que eles resultam usualmente a curto prazo, apenas. O exercício de direitos e de deveres de cidadania não pode continuar a ser quase exclusivamente o apontar de defeitos de pessoas que não cumprem os nossos requisitos sociais de estilos de vida saudáveis e de bem-estar! Temos que conseguir articular a nossa defesa dos direitos dos deficientes com a não estigmatização de obesos, por exemplo; ou de articular os deveres de cidadania dos deficientes.

6. Convém também alertar para a infantilização que muitas vezes encontramos na educação para a saúde levada a cabo por técnicos 'porreiros' que consideram que as culturas específicas das populações não devem ser confrontadas com aquilo que as culturas maioritárias avaliam como sendo preventivo, em termos patogénicos. À população de grupos considerados mais homógeneos culturalmente considera-se, no entanto, legítima a paternalização instrutora.

Pressupor que um grupo/cultura (como as comunidades ciganas) não deve mudar é infantilizá-lo, desresponsabilizá-lo das suas possibilidades face a mudanças. Se não devemos (e estamos no domínio da ética) impor decisões, também não devemos impedir que elas possam ser tomadas; para tal, torna-se necessário que as pessoas/grupos conheçam mais que uma opção de estilos de vida (Oliveira, 2007b)..

7. Uma das questões mais importantes em educação para a saúde, e raramente abordada, prende-se com a responsabilidade pelas consequências da adopção por determinados estilos de vida.

Assim, a questão que se levanta é a seguinte: uma sociedade que promove a saúde (ou a ausência de doença), nomeadamente por campanhas informativas de prevenção primária e secundária, possui legitimidade moral para responsabilizar os cidadãos pelo exercício do direito de autonomia?

Ainda que todos saibamos que ser autónomo co-implica ser-se responsável pelos seus actos, raras são as sociedades em que tal é levado até às últimas consequências. Quando o é, aliás, surge-nos muitas vezes como uma sociedade demasiadamente punitiva.

Vejamos esta questão com alguns exemplos concretos ligados à educação para a saúde. Os elementos da comunidade escolar de base (alunos, docentes e funcionários não docentes) deverão ser explicitamente valorizados quando promoverem bem-estar entre si; tal terá, por exemplo, que se manifestar significativamente na avaliação quantitativa do desempenho de qualquer um deles. Assim, a valorização pela positiva surge-nos como facilmente aceitável ainda que raramente a coloquemos em prática.

Maiores problemas éticos nos coloca, porém, a valorização da responsabilidade pela negativa. Expliquemo-nos melhor: se um cidadão vive numa sociedade efectivamente promotora da saúde, se dispõe ao seu alcance possibilidade de prevenção primária e secundária acessível humana e economicamente, não deve esse cidadão ser responsabilizado pela suas opções por formas de vida que o colocaram em situação patogenia? Não deverá esse cidadão ter que pagar, por exemplo, os seus tratamentos de reabilitação, em vez de ser tratado com dinheiros do erário público?

Evidentemente que esta actuação por legítima norma ética pode acarretar problemas morais quanto à capacidade de alguns dos cidadãos conseguirem responsabilizar-se pelos seus actos. Referimo-nos não tanto às vítimas de doenças psiquiátricas, por exemplo, mas antes a adictos de substâncias ilícitas ou até mesmo das legais.

A reabilitação dos cidadãos que não possuam dinheiro para pagar os seus tratamentos, poderá ser financiada por trabalho comunitário, por eles prestado graciosamente, por exemplo.

Se este tipo de actuação responsabilizadora nos coloca dúvidas éticas, devemos interrogar-nos se na educação de nossos filhos e alunos implicamos a responsabilidade actos na nossa autonomia para agir no mundo. Assim, se eu tenho autonomia para consumir drogas ilegais em salas de chuto não deverei ser responsável por esse acto quando ele me acarretar problemas de ordem financeira, por exemplo, aquando me quiser reabilitar?

Educar para a saúde alicerça-se em muitos dos dilemas éticos que qualquer acto educativo acarreta; por vezes, no entanto, este tipo de questões são completamente escamoteadas por quem delineia e promove projectos neste âmbito.

8. Considera-se que as Escolas Promotoras de Saúde, tal como foram preconizadas pela OMS, devem assentar, entre outros, no princípio de que a promoção se dirige ao desenvolvimento permanente das pessoas, que saberão confrontar-se consigo e com o meio, conseguindo construir um projecto de vida e exercendo direitos e deveres de cidadania.

Teremos nós consciência da dimensão ética que está aqui implicada? Promover o desenvolvimento permanente de alguém é, sem dúvida, estimulá-lo a saber decidir o que é melhor para si (como no desenvolvimento de competências emocionais e afectivas que algumas destas escolas proporcionam), mas também é não limitar a sua paixão por uma disciplina curricular em detrimento de uma sujeição a informação curricular (de outras disciplinas) que não acarreta nenhum sentido para a vida de um jovem, pelo menos naquele momento.

Quantas escolas ajudam os alunos a confrontar-se positivamente com as suas incapacidades e limitações? Fui vários anos docente universitária de estudantes de Medicina e algo que me arrepiava era verificar a pouca resistência à frustração (a classificações menos boas, por exemplo) que muitos deles manifestavam. Como se pode construir projectos de vida reais que não incluam gerir o erro, a perda, a derrota? A construção de projectos de vida emerge do sentido de coerência interna de cada um de nós, que se alicerçam em recursos de resistência generalizada, na linguagem de Aaron Antonovsky (1988).

Muitos desses recursos desenvolvem-se na construção de mundos em que inevitavelmente somos autores. Se o sistema escolar não nos solicita esse papel, co-construímos mundos fora dela, à parte dela. É assim que muitos jovens e crianças continuam a encarar a escola: apenas como obrigatória!

A escola emerge da comunidade e quando isso não acontece, o sistema formal de aprendizagem revela-se com menos força persuasiva do que as aprendizagens informais

e não formais (e incluímos aqui as obtidas em contextos escolar, mas não de sala de aula) (Oliveira, 2006).

Conhecermos figuras públicas, símbolos de significado para os jovens, que optaram por viver uma vida que produza mais sentido para todos nós constitui um estímulo único. Abordar essas pessoas, ou alguém da nossa comunidade (como pessoas famosas portadoras de doenças decorrentes de certas práticas de vida) em forma de relato de vida resulta melhor que mensagens criptadas visualizadas na televisão, ou que descrições científicas sobre essas patologias lidas nos livros escolares ou nos sites da *net* que consultamos para realizar os TPC (perdão…a investigação!) (Oliveira, 2007a).

9. Muitas dos programas de educação para a saúde restringem-se a públicos específicos, como alunos, diabéticos, mulheres violentadas, etc. Estes programas visam sobretudo a informação (mais ou menos esclarecida) destas populações sobre factores de risco a que estão sujeitos e o estímulo a procurarem ajuda para se reabilitarem face a essas situações.

Quem trabalha em educação não formal tem consciência que muitos destes programas, ainda que bem intencionados, necessitam de serem precedidos, ou pelo menos acompanhados, de medidas de *empowerment* psicológico; para tal é preciso o contacto directo, personalizado, olhos nos olhos, o abraço acolhedor, que estimula a coragem e derruba o medo mas também o prazer fácil (como no caso dos toxicodependentes) (Tones e Tilford, 2001).

O movimento do *empowerment* no mundo da educação para a saúde dirige-se no entanto para formas de actuação social em que os direitos e deveres de cidadania sejam efectivamente exercidos, como enunciámos anteriormente. Tratam-se de finalidades duras de alcançar por exigirem auto-disciplina, intervenção comunitária e estar sujeito ao poder de quem nada quer mudar, e que além de representar a maioria, exercer sobretudo o poder. Em duas palavras, os modelos de educação para a saúde enquadram-se em projectos ideológicos! (Sakelarides, ; Illich, 1997).

BIBLIOGRAFIA

Antonovosky, Aaron (1988). *Unraveling the mistery of health*. Londres: Jossey-Bass.

Bateson, Gregory (1972). *Steps to an ecology of mind*. Nova Iorque: Ballantine Books.

Illich, Ivan (1997). *Limites para a medicina*. Lisboa: Sá da Costa.

MacIntyre, Alasdair (1999). *Dependent rational animals*. *Why human beings need the virtues*. Londres: Duckworth.

Neto, I. G., Aitken, H. e Paldron, T. (2004). *A dignidade e o sentido da vida*. Cascais: Pergaminho.

Oliveira, Clara Costa (2002). Perspectivas holistas na educação para a saúde. *Revista galego-portuguesa de Psicoloxia e Educación , n. 6 (vol. 8),* ano 6.º.

Oliveira, Clara Costa (2004). *Auto-organização, educação e saúde*. Coimbra: Ariadne.

Oliveira, Clara Costa (2006). A importância do sofrimento na educação para a saúde. *Pessoas e Sintomas*, *n.º 1*.

Oliveira, Clara Costa (2007a). Contributos educativos e comunitários do movimento epistemológico da auto-organização- Um método auto-organizativo na formação de educadores de adultos. *Revista Educação*, ano XXX, *n.1 (61)* (Porto Alegre - Brasil).

Oliveira, Clara Costa (2007b). Integração e diferença em educação comunitária: missão impossível?. *Reflexão e Ação* (UNISC- Brasil), *vol.15,* n.º1.

Oliveira, Clara Costa (2008). A medicina é uma ciência? Uma interrogação filosófica. *Pessoas e Sintomas*, *n. 3*.

Rodrigues, M., Pereira, A. e Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde.

Sakelarides, Constantino (2005). *De Alma a Harry*. Coimbra: Almedina.

Tones, Keith. e Tilford, Sylvia (2001), *Health promotion. Effectiveness, efficiency and equity*. Chentenham: Nelson Thornes, Ld..

Vigarello, Georges (2001). *História das práticas de saúde – A saúde e a doença desde a Idade Média*. Lisboa: Ed. Notícias.

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE: UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INICIATIVAS EFETUADAS PELA DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, NO PERÍODO DE 2005 A 2008

Aline Santos Monteiro[1] & Braga Reis Riame[2]

Resumo

Este trabalho aborda a produção do conhecimento na área de gestão do trabalho e educação na saúde, desenvolvidos na Secretaria Municipal de Saúde (Semsa) no período de 2005 a 2008. Desde este ano, a Semsa tem investido numa experiência inovadora, através de diversas ferramentas científicas, administrativo e informativo através de: seminários temáticos, pesquisas, publicação de livro, sistema de gerenciamento de pessoas, comitê científico de ética em pesquisa e boletim informativo. Tais iniciativas têm a finalidade de contribuir para o fortalecimento da saúde, bem como para potencializar o conhecimento e a formação técnico-científica dos servidores da Semsa.

Palavras-chave

Gestão do trabalho; educação na saúde; produção de conhecimento

INTRODUÇÃO

A gestão do trabalho é um eixo estratégico estruturante da organização dos serviços de saúde, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à população perpassam primordialmente pelas formas e processos de trabalho conduzidos pelas pessoas que nelas trabalham (Santos,2008). A Gestão do Trabalho é uma área que envolve um conjunto de políticas e práticas definidas de uma organização para orientar o comportamento humano e as relações interpessoais no ambiente de trabalho, bem como, de "uma infinidade de variáveis importantes, tais como, cultura organizacional adotada, das características do contexto ambiental, da tecnologia utilizada e dos processos internos" (Fisher e Fleury, 1998). A reforma administrativa implantada pela Prefeitura de Manaus, no ano de 2006, trouxe mudanças na forma de execução dos trabalhos na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), modificando e criando novos cargos, setores e competências gerenciais em sua estrutura organizacional. Considerando que o planejamento e a organização das ações administrativas devem nortear as atividades desenvolvidas nas Instituições privadas ou públicas, proporcionando avaliar as implicações futuras das decisões e procedimentos adotados e reduzindo o nível de incerteza dos resultados do processo decisório. Faz-se necessário que as organizações fomentem produção e organização do conhecimento a fim de que os resultados sejam alcançados com maior eficiência e eficácia. A Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DEGTS) direcionou desde o ano de 2005 estratégias de produção do conhecimento e educação na saúde, as quais se fundamentam em: desenvolver o conhecimento da equipe de trabalho com instâncias participativas

1. Secretaria Municipal de Saúde. **aline.monteiro@pmm.am.gov.br**
2. Secretaria Municipal de Saúde. **riame.moreira@pmm.am.gov.br**

de reflexão conjuntas; fomentar a transformação das práticas cotidianas de trabalho , centradas no modelo burocrático do serviço público, para o modelo de competências; fortalecer a visão compartilhada de equipe buscando a qualidade e a humanização como fonte permanente das práticas; favorecer a circulação do conhecimento na DEGTS e na SEMSA como um todo; identificar situações relevantes no processo de trabalho com revisões sistemáticas das práticas e propostas de melhoramento das mesmas ; proporcionar sustentabilidade dessas ações a fim de que não se restrinjam a processos momentâneos.

OBJETIVOS

Descrever a produção do conhecimento e educação na saúde, fomentados e efetivamente construídos no período de 2005 a 2008, na Secretaria Municipal de Saúde, através da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DEGTS), especificamente: elencar as metodologias propostas nos diversos instrumentos de produção do conhecimento e educação na saúde desenvolvidas no período de 2005 a 2008; identificar as propostas de contribuição para o conjunto dos trabalhadores da saúde e comparar o proposto com o implantado, de acordo com a efetiva implantação das propostas

PROBLEMA

A educação na saúde e a produção do conhecimento de forma cientifica, organizada e sistematizada contribuíram para potencializar o trabalho desenvolvido pela DGETS e conseqüentemente pela SEMSA?

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

As pessoas constituem o mais importante ativo das organizações. A Gestão do Trabalho depende da mentalidade predominante da organização, seu contexto é representado pela interdependência das organizações e das pessoas, pois, tanto as organizações como .+as pessoas, variam intensamente de acordo com seus objetivos próprios. Crescer na vida e ser bem-sucedido quase sempre significa crescer dentro das organizações. Assim, as pessoas dependem das organizações nas quais trabalham para atingir objetivos individuais e, por outro lado, as organizações dependem diretamente das pessoas para operar, produzir bens e serviços, competir no mercado e atingir seus objetivos globais e estratégicos. Não existe uma única maneira de aprender, entretanto, não há dúvida que existem diferentes processos de aprendizagem, onde a diversificação da produção do conhecimento contribui para que este processo seja consolidado incidindo diretamente em uma melhor qualidade na produção dos serviços oferecidos, portanto pode-se afirmar que esta produção diversificada e de caráter científico contribui para a efetiva consolidação do conhecimento. Antunes (2002, p.3), diz que "para que possamos aprofundar uma discussão sobre como se aprende, é essencial que antes se conceitue aprendizagem, a qual pode ser definida como uma mudança relativamente permanente no comportamento que resulta da experiência". É certo que a aprendizagem não se dá apenas com aplicação de metodologias, é necessário buscar desafios para que o indivíduo seja capaz de elaborar uma representação pessoal sobre a realidade ou sobre o conteúdo que deseja aprender. Libâneo e Santos (2005), afirmam, que a educação é sempre intencional e, que três coisas são importantes no processo de aprendizagem: primeiramente, diz o autor às práticas pedagógicas implicam necessariamente decisões e ações que envolvem o destino do ser humano; segundo, quando se fala em práticas pedagógicas, é preciso considerar uma análise globalizante, e por fim diz que as práticas educativas, ocupam-se ao mesmo tempo da subjetivação, da socialização, da individuação e da diferenciação. A partir desse conjunto de idéias, verifica-se, que a produção do conhecimento, com seus vários matizes e desenvolvimento permitem ao indivíduo distintos entendimentos sobre as formas de conhecimento. Davini (2008) declara que os enfoques educativos transformaram-se profundamente nos últimos anos, acompanhados, de um lado, pela reflexão crítica das tendências clássicas e, por outro, incorporando aportes da sociologia das organizações,

inserindo a análise institucional e a perspectiva de educação, particularmente nos processos de trabalho. Para este autor no trabalho também se aprende. É necessário prevê transformações das situações diárias em aprendizagem e produção de conhecimento, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o processo de trabalho no seu contexto intrínseco, processo este que deverá envolver toda a equipe, isto é o conjunto dos trabalhadores e todas as variantes de atores que permeiam o processo de trabalho em saúde. Tais definições deixam explicito a necessidade da educação na saúde, no entanto vale destacar que não basta produzir diversos instrumentos de conhecimento, para propiciar o aprendizado dos indivíduos. A produção do conhecimento deve estar vinculada a referenciais teóricos e aplicada com orientação conceitual e crítica. "Para se produzir mudanças nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática" (Davini,2008 p. 21). Este autor afirma ainda, que os resultados que se constroem com este processo, devem estar acompanhados ou articulados com dispositivos de mudança nas organizações, de modo que os avanços não sofram redução, nem se estabeleçam como rotinas. Conclui que a questão não se limita a incorporar conhecimento, mas saber que conhecimento é necessário incorporar, o que aprender o que desaprender e como fazer para que outros o façam. Trata-se, portanto, de uma mudança conceitual e prática, em comportamentos coordenados com outros comportamentos.

METODOLOGIA

A metodologia consiste em estudar e avaliar os vários métodos disponíveis, identificando as limitações ou não em nível das implicações de corrente das utilizações. A metodologia examina e avalia as técnicas de pesquisa, bem como a geração e verificação de novos métodos que conduzem à captação e processamento de informações com vistas à resolução de problemas. Para Lakatos (2001, p.83), "método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros –,traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista". Considerando que a pesquisa a ser realizada privilegia o enfoque organizacional, onde a produção do conhecimento é o ponto principal de avaliação e onde a gestão de pessoas permeia todo este processo gerencial é que a análise a ser desenvolvida será baseada na abordagem qualitativa e descritiva. Trata-se de uma pesquisa descritiva, uma vez que teve o objetivo de analisar, registrar e observar os diversos produtos referentes à produção do conhecimento na SEMSA. Nesse sentido, é importante observar as concepções de Prestes (2002, p. 26), onde o autor afirma:na pesquisa descritiva, se observam, registram, analisam, classificam e interpretam os fatos sem que o pesquisador lhes faça qualquer interferência. Assim, o pesquisador estuda os fenômenos do mundo físico e humano, mas não os manipula. O estudo também utilizou a pesquisa bibliográfica, pois conforme afirma Vergara (2000, p.48), "a pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livro, revistas, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao publico em geral". A pesquisa bibliográfica deste trabalho, foi realizada através de levantamentos já existentes, em livro, site direcionados ao assunto, artigos publicados em revistas especializadas na área.

RESULTADOS

A produção do conhecimento feita pela DGETS, no período do estudo, incidiu em vários produtos, a saber: a) O Manual de Gestão Administrativa da Secretaria Municipal de Manaus - SEMSA é uma ferramenta de decisão que reuniu em um único documento o conjunto de normas que indicam as atividades a serem cumpridas pelos servidores que mantêm relações de trabalho com a SEMSA, e a forma pela qual as mesmas deveriam ser realizadas. Esse manual foi elaborado como instrumento de gestão e veio atender as

necessidades de orientação para as tramitações dos processos e das rotinas de trabalho dos setores; b) Seminário Temático – foi implantado tendo como público alvo os técnicos da DEGETS, com objetivo de proporcionar conhecimentos, tanto da nova forma de trabalho preconizada pelo Ministério da Saúde, quanto das atividades e setores novos da SEMSA, a fim de possibilitar o cumprimento das atribuições de responsabilidade das Gerências e Divisões dessa Diretoria. É importante observar que esta foi uma primeira experiência que teve como resultados: a ampliação dos Seminários para os assistentes em administração da DGETS; a publicação do livro: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a motivação dos trabalhadores para solicitarem, quando no momento da avaliação do evento, que o mesmo fosse incluído na programação anual de treinamentos, com novos temas relacionados à área de Gestão Pública. Os Seminários foram realizados ao longo de 2007 e 2008 e abordaram temas relacionados à Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e outros temas que auxiliaram no desenvolvimento dos trabalhadores, como: Motivação, Empreendedorismo, dentre outros e teve como expositores técnicos da própria DEGETS. Cada expositor elaborou plano de apresentação do Seminário e produziu texto a ser distribuído aos participantes, além de artigo para publicação de livro. c) Com o objetivo de proporcionar aos profissionais de saúde do município a discussão do tema "Gestão do Trabalho" através de palestras, oficinas e relatos de experiência para que tivessem subsídios teóricos e práticos para serem utilizados no desenvolvimento gerencial dos estabelecimentos de saúde, foi realizado o I Simpósio Municipal de Gestão do Trabalho na Saúde com o tema central: Inovação e Resultados na Gestão do Trabalho na Saúde onde desenvolveu-se com técnicas de palestras e oficinas e voltado para sub-temas na área de Gestão do Trabalho em Saúde, proferidos e coordenados por especialistas na área de Gestão do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Nesse seminário foi oferecido um panorama geral dos fundamentos teóricos da Gestão do Trabalho em Saúde, onde diversos temas foram abordados, diversificando as informações e oportunizando o enriquecimento técnico na área aos participantes; d) Boletim informativo da DGETS foi elaborado considerando a importância e a necessidade de informar aos servidores da SEMSA os procedimentos e acontecimentos importantes no âmbito da DGETS, bem como assuntos relevantes das áreas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Vislumbrando que a informação relevante, adequada e pertinente deve chegar ao destinatário no momento certo e como resposta a seus interesses, demandas, necessidades, desejos e questionamentos. Teve o objetivo primordial de ser um canal de comunicação entre os diversos setores da SEMSA; e) Livro: "Gestão do trabalho e educação na saúde: temas para reflexão foi construído e editorado tendo como perspectiva de ampliar novos horizontes teóricos e motivar as pessoas a buscarem amplos referenciais teóricos, aprofundando o conhecimento nas áreas de gestão do trabalho e educação na saúde gerando mudanças a partir do compartilhar de idéias e troca de informações e experiências. O livro foi elaborado a partir da construção coletiva, através de pesquisa de temas que incidiram na elaboração de textos individuais de cada autor que ministrou palestra no seminário temático. f) Comitê de Ética na Pesquisa Considerando a importância e a necessidade da discussão e avaliação dos aspectos éticos na pesquisa, na esfera institucional, partiu-se do pressuposto de que no âmbito das pesquisas realizadas na área da saúde, por se tratar de pesquisas que envolvem a vida e seres humanos as mesmas devem atender as exigências éticas e científicas, para tanto, foi criado o Comitê de Ética na Secretaria Municipal de Saúde, de caráter consultivo deliberativo, interdisciplinar e educativo com a finalidade de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa e o desenvolvimento da mesma com base em padrões éticos.g)Manual de rotinas administrativas - foi identificado que existe uma necessidade permanente de se institucionalizar as rotinas desenvolvidas na DEGTS, no sentido de aperfeiçoar os procedimentos, rotinas e fluxos administrativos, uma vez que as demandas são enormes, requerendo desta forma uma estruturação que garanta maior agilidade e qualidade dos serviços. Nesse sentido foi elaborado o Manual de Rotinas Administrativas da DEGTS

com a finalidade dotar as gerencias e núcleos de orientações técnicas fundamentais na organização e modernização administrativa, uma vez que esse manual propõe normas e parâmetros regulamentares padronizados fundamentais para o alcance finalístico da missão dessa Diretoria.h) Manual de pesquisa, a DGETS, procurando facilitar os trabalhos acadêmicos produzidos pelos técnicos da Secretaria de Saúde do município de Manaus, propôs a elaboração de um manual que orientasse a construção de projetos de pesquisa, sendo um instrumento facilitador que apresenta os passos básicos de um projeto de pesquisa descrevendo sinteticamente o que consta em cada um deles. As situações apresentadas, nos produtos descritos anteriormente, demonstram a magnitude de resultados, tanto no que se refere à abordagem quantitativa, quanto os de natureza qualitativa, como por exemplo quando propõe instrumentos que superem a inexistência de processos técnicos normativos das atividades que são desenvolvidas pela DGTES, uma vez que o desdobramento dessa Diretoria, pela reforma administrativa que ocorreu na Prefeitura de Manaus em abril de 2005, não suprimiu atividades referentes à gestão de pessoas,mas incrementou novas atividades. Pode-se observar que os produtos e resultados alcançados contribuíram para que a DGTES possa enfrentar alguns desafios e problemas inerentes ao processo de gestão, ainda mais se considerando que esta Diretoria propõe um novo paradigma de gestão que envolve entre outros processos, a sistematização do planejamento, da organização, do monitoramento e da avaliação das atividades, bem como a produção do conhecimento como ferramenta primordial da educação na saúde. A partir desse contexto algumas ponderações serão feitas sobre o que foi implementado por esta Diretoria, para que a mesma se consolide de acordo com os princípios da Administração Moderna ,bem como nos princípios organizativos do SUS e nas estratégias do Ministério da Saúde no que concerne a Gestão do Trabalho, a Norma Operacional de Recursos Humanos- NOB/RH-SUS e nas diretrizes das Conferências de Saúde realizadas no Brasil. No que se refere aos produtos e resultados que os manuais de gestão e rotinas administrativas proporcionaram à SEMSA, pode-se afirmar que de mais de 5.244 processos sem tramitação que se encontravam na DGETS no ano de 2005 tiveram movimentação e conclusão a partir da direcionalidade orientativa desses instrumentos que trouxeram a reorganização processual definindo o prazo máximo de permanência dos processos na DGETS em 5 dias , sendo esta a rotina instituída até hoje com a implantação de um banco informatizado de controle de entrada e saída dos processos. As entradas e saídas de todos os processos são controladas diariamente, com uma média mensal de 1.100 (hum mil e cem) processos. Esses manuais também foram orientativos, no que se refere ao estabelecimento de diretrizes normativas sobre lotação: mudança do pedido de relotação por processo para solicitação através de memo autorizado pela chefia imediata e cumprimento de portaria/ SEMSA que define relotação nos meses de julho e janeiro de cada ano. Normalização sobre gozo de férias e sobre "resguardo" informais e sem amparo no Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Manaus..Os manuais foram disponibilizados a todos os servidores da SEMSA em brochura e através da intranet, com a descrição dos procedimentos e a disposição de todos os formulários que fazem parte do apêndice dos manuais. A elaboração do manual de pesquisa e a formação do comitê de ética da Semsa, neste período de 3 anos já apresentaram resultados concretos tais como: realização de pesquisa de clima organizacional, perfil gerencial da SEMSA, com apresentação no Congresso Nacional de Saúde Pública e Epidemiologia da ABRASCO, Pesquisa que identificou as possíveis doenças como sendo relacionadas ao ambiente de trabalho, tendo como resultado os seguintes índices: 11,00% trabalhadores que estão inseridos na categoria I – Doenças em que o trabalho é causa necessária; 65,45% trabalhadores que estão inseridos na categoria II – Doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco; 14,50% trabalhadores que suas queixas correspondem à categoria III – Doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente; 5,45% trabalhadores que estão inseridos em 2 categorias: II e III; e 3,60% trabalhadores que estão inseridos nas categorias I e II. No que se referes à Pesquisa de Clima Organizacional, foi desenvolvido e validado um

instrumento para investigação, constituído por 12 dimensões, com 81 assertivas, sendo somente a última questão de resposta aberta. Participaram da pesquisa, 370 funcionários lotados em diferentes setores da sede da SEMSA A partir dos resultados foram possíveis identificar que os aspectos subjetivos como reconhecimento, valorização, verificado nas dimensões *Reconhecimento Profissional e Desenvolvimento Profissional*, apresentaram-se como elementos determinantes do Clima Organizacional e Estresse no Ambiente de Trabalho na sede da SEMSA o que contribui e instrumentalizou a tomada de decisão da Gestão na implementação do plano de ação das Políticas de Qualidade de Vida no Trabalho. Quanto aos Seminários temáticos da DGETS obtiveram-se os seguintes resultados: foram apresentados nos seminários oito temas: Gestão do Trabalho; Educação em Saúde; Humanização; Avaliação de Desempenho; Qualidade de Vida no Trabalho; Mesa de Negociação; PCCS e Desprecarização dos vínculos de trabalho. Esses conteúdos foram proporcionados aos trabalhadores que compõem a equipe da DEGTS, tanto de nível médio, quanto de nível superior, com o objetivo de contribuir na realização das atividades demandadas, no contexto da DGETS e os facilitadores desses conhecimentos foram os próprios técnicos, previamente definidos, de acordo com o trabalho que realizam na Diretoria, vindo, cada um, a produzir um texto sobre o assunto abordado,que deu origem a publicação do livro: "gestão do trabalho e educação na saúde: elementos para reflexão". Com tiragem gratuita de 400 exemplares disponibilizados a todas as instâncias gerenciais da SEMSA. Os Seminários Temáticos para o público de nível superior foram realizados no período de março a outubro de 2006, uma vez por mês, com média de 25 participantes, equivalente a 66% do público esperado. E para o público de nível médio foram realizados em 2 dias, atendendo a 60 servidores, equivalente a 75% do público esperado. A DEGTS deu inicio a publicação do boletim informativo, com uma tiragem de 3.000 exemplares que foram distribuídos nos estabelecimentos assistenciais de saúde que compõem a rede da SEMSA, sendo possível consolidar este instrumento como canal de comunicação, uma vez que a demanda de informações sobre os conteúdos publicados superou mais de 100 servidores solicitantes mês.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

No âmbito da consolidação dos processos de produção do conhecimento com produtos diversificados, pode-se observar que o saber é um eixo estratégico, no que se refere à efetiva consolidação do conhecimento dos servidores. A produção científica e administrativa de diversas ferramentas que dão acesso ao conhecimento, constitui um aspecto fundamental no que tange à qualificação profissional dos servidores da SEMSA, considerando principalmente os elementos referentes ao desenvolvimento de competências, ou seja, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes.É notório que nas Organizações contemporâneas, representadas pela sociedade do conhecimento, as competências humanas, têm espaço primordial no processo de trabalho de modo que os objetivos organizacionais, possam de maneira eficaz e eficiente ser atingidos.As Instituições precisam instrumentalizar os trabalhadores com conhecimentos, através de recursos diversos de modo que possam ser aplicados no cotidiano de suas práticas de trabalho e que preencham as novas demandas e expectativas. Visando descrever a produção do conhecimento na SEMSA, o estudo permitiu demonstrar que, no que se refere aos objetivos propostos este atendeu o propósito inicial, no entanto, em referencia à efetiva aplicabilidade no cotidiano de trabalho,componente fundamental para o desenvolvimento dos servidores, no que concerne a formação de competências essenciais, verificou-se que este é um aspecto que precisa ainda de maior divulgação e comunicação, quando se observa que ainda há pontuais desconhecimentos dos produtos elaborados pela DEGTS. Outro fator importante identificado pelo estudo são as mudanças positivas no que concerne à efetiva sistematização de processos quando se refere aos manuais e a efetiva procura por participação nos eventos de produção do saber. Por fim, este estudo, a partir dos resultados analisados, considera que há necessidade cada vez mais de inserir como

rotina a produção do conhecimento na SEMSA como processo de educação em saúde a fim de que contribua para a reorientação do processo ensino-aprendizagem baseado em competências. Nesse sentido apontam-se algumas recomendações: a) Fomentar processo de discussão entre gestores e trabalhadores de saúde, para desenvolver mudanças importantes e significativas na valorização do processo de produção do saber; b) Inserir como estratégia primordial na SEMSA instrumentos de produção do conhecimento e educação na saúde que priorizem o desenvolvimento de competências, como forma efetiva de desenvolvimento profissional; d) Instituir cultura na SEMSA , no que se refere às propostas participativas visando produção do conhecimento, orientadora, apoiadora e facilitadora do processo de trabalho, de modo a substituir o modelo centrado em métodos tradicionais de práticas cotidianas de trabalho; e) desenvolver pesquisas na área de gestão do trabalho e educação na saúde de modo a conhecer os impactos que a produção do conhecimento repercutiu no repertório cognitivo dos servidores da SEMSA, bem como na transformação de condutas que efetivamente consolidem o comportamento pró-ativo que venham repercutir na melhoria das condições de saúde da população. Conquanto, possa este estudo estar referendando as recomendações acima citadas, espera-se também que os resultados deste trabalho possam subsidiar novas produções de conhecimentos e possa se constitui como acervo de consulta para outros trabalhos acadêmicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, C. (2002) *Novas maneiras de ensinar, novas formas de aprender*. Porto alegre: Artmed.

Bomfim, M. I. R. e T. M. N. F. B. A (2002) Formação do formador do PROFAE: *refletindo sobre uma proposta na área de enfermagem.* In: Formação de formadores: a nova docência na educação básica e profissional.Ministério da Saúde. V.2 n. 4. Brasília: Ministério da Saúde.

Davini, M. C.(2002) *Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde.In*//Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. Unidade 2.Brasília:Ministério da Saúde,2008.

Fachin, O.(2001*) Fundamentos de metodologia*. São Paulo: Saraiva.

GIL,A.C.(2002) *Como elaborar projetos de pesquisa* . 4.º ed. São Paulo:Atlas.

Lakatos, E. M. e Marconi, M. A.(2001) *Fundamentos de metodologia científica*.São Paulo Editora Atlas.

_____:(2005) *Fundamentos de metodologia cientifica* / Marina. A. M. E. M. Lakatos. – São Paulo: Atlas.

Libâneo, J. C. e Santos, A.(2005) *Educação na era do conhecimento em rede e transdisciplinaridade*. Campinas, São Paulo: Alínea.

Lobo N.F. J. S. (2002) *Ser professor:necessidade profissional especifica.* In: Formação de formadores: a nova docência na educação básica e profissional.Ministério da Saúde. V.2 n. 4. Brasília: Ministério da Saúde.

Martins, G. A .L. A.(2000) *Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de cursos*. São Paulo: Atlas.

Masetto, M. T.(2003) *Competência pedagógica do professor universitário*. São Paulo: Summus.

Prestes, M. L. M. *A. (2002) pesquisa e a construção do conhecimento científico*. 1. ed. – São Paulo: Respel.

Vergara,S. C .(2000) *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração.*3.º ed. São Paulo:Atlas.

PROJECTO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: "BRINCAR DE SER"

Filipa Domingues[1] & Ricardo Rodrigues[2]

Resumo

O presente projecto surgiu no âmbito de um estágio final do Curso de Licenciatura em Enfermagem direccionado a crianças e jovens em acolhimento institucional, ao qual se deu continuidade (após o terminado o estágio) durante o primeiro semestre de 2007.

É um projecto de promoção da educação para a saúde que visa ajudar as crianças e jovens a confrontarem-se consigo próprias e com as suas vivências, possibilitando a atribuição de novos significados à interacção que estabelecem com os outros (pares e profissionais), intervindo de forma directa no comportamento actual (aqui e agora) com o objectivo de promover o desenvolvimento de competências pessoais que os ajude a gerir de uma forma mais adequada o seu processo de saúde individual.

Para tal, privilegiou-se uma metodologia activa com predomínio da actividade lúdica nomeadamente o recurso ao jogo dramático.

Palavras-chave

Educação para a saúde; jovens; institucionalização.

1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem situa-se na fronteira mais próxima da fronteira humana, a que se revela na fragilidade, na vulnerabilidade do outro, e que nos mergulha em todas as dimensões que constituem aquele com quem privamos, nas mais variadas condições e contingências da sua vida. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004). Este olhar sobre esta profissão, compromete-nos decisivamente com uma postura que privilegie, o acompanhamento do projecto de vida do indivíduo neste caso, dos jovens em acolhimento institucional com quem tivemos o privilegio de concretizar esta intervenção.

O projecto que iremos apresentar decorreu numa instituição de acolhimento de Janeiro a Junho de 2007. O grupo alvo foram 8 jovens (5 do sexo feminino e 3 do sexo masculino) entre os 13 e os 17 anos, que se manteve ao longo de toda a intervenção. Este grupo reunia-se com uma periodicidade semanal, durante 1h30min num espaço da mesma instituição.

Em seguida, passaremos a descrever este modelo de intervenção em educação e promoção de saúde, nomeadamente, o enquadramento conceptual, os objectivos e os diferentes instrumentos metodológicos.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

> *O destino do homem determina-se na forma como ele é gerado, no calor dos braços que se lhe estendem, na ideologia que o envolve e na liberdade que lhe é proporcionada para imaginar, experimentar e pensar"*
>
> *(João dos Santos)*

A situação da criança institucionalizada, deve comprometer-nos a todos, poder político,

1. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. **pipadomingues@gmail.com**
2. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. **abrirolivro@gmail.com**

sociedade civil, num amplo debate sobre esta problemática. É urgente a caracterização profunda das trajectórias de risco, dos seus factores inerentes, e das possibilidades de intervenção. Esta deve ser a missão de todos aqueles que se relacionam directa ou indirectamente com o percurso de vida destas crianças. Na Declaração de Salamanca, 1994, da UNESCO, o conceito de risco é definido como "*a presença de características ou condições da própria criança ou do meio no qual cresce e se desenvolve, as quais implicam uma alta possibilidade de produzir efeitos negativos sobre o seu processo de crescimento e desenvolvimento até ao ponto de determinar um atraso de maior ou menor amplitude."*

Uma criança marcada por uma trajectória de risco apresenta um conjunto de características comuns, tais como, a grave disfunção familiar, díficil condição socio-económica, absentismo e abandono escolar precoce, maus-tratos e negligência. Marcas identificadas há muito tempo, que exigem uma intervenção mais cuidada no que se refere, aos sistemas de educação, justiça, saúde, e segurança social, para que respondam com maior eficácia às dificuldades destas crianças em situação de profunda vulnerabilidade. Perspectivar esta trajectória exige uma leitura multidimensional nos domínios sociológico, piscológico, médico, educativo, jurídico, onde a saúde ocupa um lugar central quando entendida como "*um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade"*. (OMS, 1993).

Actualmente, o perfil da criança e jovem institucionalizada alterou-se significativamente, deixando de corresponder ao padrão de criança orfã ou oriunda de famílias com insuficientes recursos. Nos dias de hoje, as privações são múltiplas exigindo uma requalificação da intervenção realizada nestas instituições. Esta deve promover a possibilidade de reparação familiar, e simultaneamente, vise a criação de um espaço seguro, de satisfação das necessidades vitais e de consolidação física e psicológica. Uma intervenção complexa que atenda às diversas vertentes do desenvolvimento infantil. (CARNEIRO *et al*, 2005).

Nesta vasta área de intervenção junto à criança institucionalizada, como se posiciona o profissional de enfermagem? Qual a sua área de intervenção específica? Como se integra no âmbito de uma equipa multidisciplinar? COLLIÉRE (1999, p.290) definiu o exercício profissional de enfermagem da seguinte forma: *"(...) o campo da competência da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe."*

Por outro lado, a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004, p.4), no documento que regula as competências do enfermeiro de cuidados gerais em Portugal, refere que "(...) o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (...)", duas concepções complementares da intervenção do enfermeiro que reforçam o papel de ligação entre a pessoa (criança) e as instituições que lhe servem de referência.

Uma intervenção de Enfermagem neste contexto, deve contemplar o cruzamento de várias áreas da saúde, como a Saúde Comunitária, e a Saúde Mental da Criança e do Adolescente, pela natureza dos cuidados exigidos relativamente a crianças nesta situação, pelos espaços e contextos subsequentes a esta intervenção. (BOLANDER, 1998; STUART e LORAIA, 2002; LANCASTER e STANHOPE, 1999).

Neste sentido, julgamos ser mais adequado invocarmos o princípio de promoção de saúde subscrito pela OMS, que melhor expressa a concepção bio-psico-social da pessoa humana, a qual, preside a todos os modelos de enfermagem numa perspectiva de abordagem ao indivíduo (criança) no contínuo saúde-doença, ao contrário da visão

instituída desde sempre que preconiza um enfoque preferencial à prevenção da doença (COLLIÉRE, 1999). Tal como vem referido na alínea a) da base II da Lei de Bases da Saúde, "*a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades"* (Lei n.º 48/90), no âmbito dos cuidados de saúde.

De acordo com o REPE – Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem (artigo 4.º), *"a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano são (...), ao longo do ciclo vital, e tem competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade (...)" (*Decreto-lei 161/96). Legitima-se assim, o papel priveligiado do enfermeiro na promoção da saúde individual, familiar e comunitária (ratificado também pelo documento de competências gerais descrito anteriormente).

A promoção de saúde traduz um "*processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la. Para atingir um estado de completo bem-estar fisico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida"* (CARTA de OTAWA, 1986, p. 2).

No âmbito da promoção para a saúde, a intervenção de enfermagem deve ser "uma acção que encontra o seu sentido a partir daquilo que as pessoas vivem" (COLLIÉRE, 2003, p. 247). Este tipo de prática exige "*o desenvolvimento de um conjunto de capacidades de descoberta e reflexão, a partir das informações recolhidas que visam construir, a pouco e pouco, em conjunto com as pessoas implicadas, um projecto de acção com vista a procurar resolver o ou os problemas identificados no seu contexto de vida"* (COLLIÉRE, 2003, p. 248).

Uma estratégia que se estrutura gradualmente tendo em conta as especificidades do indivíduo/ grupo, como refere COLLIÉRE (1999, p.325), a promoção da saúde não *"pode ganhar sentido se não forem, verdadeiramente, a expressão de um desenvolvimento bilateral, utilizadores de cuidados/pessoal de saúde, cada um representando um papel de actor social diferente e complementar"*.

Uma prática que consubstancia a valorização das pessoas, na criação de condições que lhes permitam desenvolver todo o seu potencial de saúde, que no contexto particular de uma instituição de acolhimento, traduz-se no desenvolvimento de capacidades pessoais e sociais que permitam à criança/jovem identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, optimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, e assim, com estas aprendizagens optimizar um percurso assente em estilos de vida saudáveis, que não agrave a trajectória de risco associada (MARTINEZ *et al*, 2005).

Em suma, a educação e promoção de saúde deve facilitar o desenvolvimento de factores protectores de que a criança dispõe: o primeiro está relacionado com as suas características individuais (estruturas congnitivas e emocionais); o segundo prende-se com a qualidade das relações que estabelece com as pessoas significativas; e o último com o sentimento de identificação e pertença a uma comunidade/meio social (RUTTER, 2001).

3. OBJECTIVOS

Objectivo Central

Favorecer a aquisição de competências que capacitem a gestão da saúde individual;

Objectivos Específicos:

- Criar um espaço lúdico, em que se afirma a procura de prazer e satisfação, associado a qualquer jogo;
- Contextualizar a noção de saúde, de acordo com uma realidade social e cultural particular;
- Desenvolver uma consciência crítica, a fim de identificar os riscos para a saúde;
- Facilitar o exercício de reflexão pessoal.

Metodologia

A educação para a saúde enquanto veículo de promoção para a saúde, pressupõe capacitar os indivíduos/famílias a cuidarem melhor de si próprios, facultando-lhes os recursos necessários para que tal aconteça (REDMAN, 2003).

Uma concepção que visa dotar o indivíduo, das competências necessárias para viabilizar o seu projecto de vida Um desígnio que pode ser concretizado através de diferentes metodologias, desde os métodos expositivos, até aos mais activos que recorrem ao contributo e participação de quem está em processo de aprendizagem (REDMAN, 2001).

A actividade lúdica, fenómeno inerente à nossa condição enquanto atitude natural e espontânea, reveste-se de várias formas e modelos. Consideramos que pode estar associado aos modelos pedagógicos mais activos, na medida que proporciona igualmente um ambiente de diálogo aberto à transformação dos conhecimentos prévios, e receptivo à criação de novas ideias e saberes (ANDRADE, 1995).

Como refere CARVALHO (2004), num estudo que desenvolveu sobre a importância da actividade lúdica, enquanto estratégia de requalificação dos percursos de jovens em instituições judiciais, o jogo assume-se como técnica privilegiada para grupos em risco, pela multiplicidade de papéis que proporciona a cada indivíduo desempenhar, numa orientação que pretende promover o desenvolvimento de competências nos diferentes domínios da vida humana.

No universo das actividades lúdicas privilegiamos o jogo dramático, prática que veicula a criação de um espaço de integração entre o pensar e o agir, contrariando a compartimentação clássica da transmissão de saber (FRAGATEIRO, 1992). Uma actividade de grupo, em que a criança se elabora a si através de um processo de auto-descoberta, e na relação que estabelece com os outros (RYNGAERT, 1981).

O jogo dramático dispensa a utilização de cenários, vestimentas ou quaisquer adereços no sentido tradicional. A criação do espaço de jogo surge do mobiliário corrente, adaptado a uma utilização diferente.

No decorrer das sessões, pretende-se construir um espaço de reflexão sobre as várias problemáticas inerentes à condição de criança, nomeadamente, as que se relacionam com a sua saúde.

Esta intervenção integrou também como opção metodológica, a supervisão mensal de um docente do Ensino Superior de Enfermagem e enfermeiro especialista em Saúde

Mental e Psiquiátrica.

3.1. Fases

Considerando a metodologia exposta, podemos referir que a intervenção obedece a uma periodicidade semanal, em sessões que terão a duração de 90 minutos.

Estas sessões serão organizadas em 3 fases:

1.ª Fase – Identidade Grupal

Motivação: Fomentar a identidade do grupo.

Descrição das actividades : Sessões que estimulem a criação dos códigos e rituais do grupo.

2.ª Fase – Espaço de reflexão

Motivação: Emergência do espaço colectivo de reflexão.

Descrição das actividades: Sessões com abordagem a áreas temáticas diversas, que se prendem com a faixa etária do grupo em questão.

3.ª Fase – Identidade Individual

Motivação: Favorecer o exercício da reflexão individual

Descrição das actividades: Sessões que procurem favorecer o processo individual, através da relação dramática consigo e com o outro.

4. Avaliação

Ao considerar a avaliação do projecto, torna-se pertinente referir que não aplicámos nenhum instrumento de avaliação junto aos jovens, assim como, também não foi realizado junto aos técnicos da instituição. Desta forma, o processo de avaliação não foi estruturado tendo em conta um instrumento formal, todavia, a evolução do grupo foi avaliada de acordo com os indicadores que iremos explicitar.

As sessões de frequência semanal foram perspectivadas sobre um plano de sessão e um respectivo relatório de avaliação de cada sessão, em que procurávamos reflectir sobre cada jovem e a sua relação com os pares, assim como, o crescimento do próprio grupo.

Estes dois instrumentos (ver anexo) contribuíram também para suportar o trabalho de Supervisão que foi transversal a todo o projecto. A Supervisão do trabalho afirmou-se como "bússola" orientadora de toda a intervenção, contribuindo para aprofundarmos o nosso olhar sobre os jovens e o grupo.

No decorrer do projecto, foi evidente o significativo envolvimento dos jovens nas diferentes fases da intervenção, o que pode ser ilustrado pela assiduidade dos mesmos a cada sessão.

O processo de criação da peça "Em Busca de um Sonho" assinala outra forma de avaliação do trabalho realizado, na medida em que envolveu nas diferentes dimensões – construção dramatúrgica, cenografia, música e oralidade, adereços cénicos – o total compromisso de cada um dos jovens. Esta peça de teatro afirmou-se como o culminar de todo o processo.

Um outro indicador não formal de avaliação está relacionado com o feedback dos técnicos da instituição que acompanhavam diariamente os jovens que integraram o grupo. Estes referiram em diferentes momentos o investimento e o interesse dos jovens na sua relação com o grupo.

Por último, cabe referir que a continuidade deste projecto será consolidado em outros lares de acolhimento da instituição, o que nos remete à necessidade de revestir a intervenção com instrumentos formais de avaliação.

5. BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Maria Isabel – Educação para a saúde, guia para professores e educadores. Lisboa: Texto Editora, 1995. 112 p. ISBN 972-47-0570-6.

CARNEIRO, Roberto (et al) – Casa Pia de Lisboa: Um projecto de esperança. Cascais: Principia, 2005. 645 p. ISBN 972-8818-43-2.

Carta de Otawa. Canadá: Conferência internacional da promoção da saúde, 1986. [citado em 09/06/2006]. Disponível em URL: http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005525.pdf

CARVALHO, Maria João Leote – Outros modos de brincar – actividade lúdica em contexto institucional. Infância e juventude. Lisboa: Instituto de Reinserção social. ISSN 0870-6565. N.º 2, 2004 (Abril/Junho). p. 75-99.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Trad. de Maria Leonor Abecasis. 1.ª ed. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385 p. ISBN 972-757-109-3.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – Cuidar…a primeira arte da vida. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 440 p. ISBN 972-8383-53-3.

Constitution of the World Health Organization. Nova York: OMS, 1946. [citado em 01/04/2006]. Disponível em URL: http://policy.who.int/cgibin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&jump=Constituon&softpage=Document42#JUMPDEST_Constitution

Declaração de Salamanca. Salamanca: UNESCO, 1994. [citado em 05/04/2006]. Disponível em URL: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf.

DECRETO-LEI N.º 161/96. D.R. I Série. N.º 205 (04-09-1996) 2959 a 2962.

FRAGATEIRO, Carlos – Teatro e educação ou a emergência de um novo paradigma. In

Ensino artístico. Porto: Edições Asa, 1992. ISBN 972-41-1148-2. p. 34-51.

LANCASTER, Jeanette; STANHOPE, Marcia - Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 1.ª ed. Lisboa : Lusociência, 1999. 1225 p. ISBN 972-8383-05-3.

MARTINEZ, R. [et. al] – Estruturas de acolhimento de crianças e jovens em lares. In CARNEIRO, R. (Coord.) – Casa de Pia: Um projecto de esperança. Lisboa: Casa Pia de Lisboa, 2005. ISBN 972-8818-43-2. p. 395-522.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004.

RUTTER, M. L. et al – Specifyand heterogeneity in children´s response to profound institutional privation. British Journal of Psiquiatry. Londres: Heimann Medical Books Limited, 2001

EDMAN, Barbara Klug – A prática da Educação para a saúde. 9.ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 304 p. ISBN 972-8383-39-8.

RYNGAERT, Jean-Pierre – O jogo dramático no meio escolar. Coimbra: Centelha, 1981. 230 p.

6. ANEXOS

6.1 Plano Tipo de uma sessão

Objectivos:

Plano da Sessão:

Actividade	Fundamentação	Tempo
Focus		
Warm-up		
Bridge-In		
Main-Event		
Bridge-Out		
Grounding		

Material :

6.2 Esqueleto de um Relatório

Data:

Sessão:

Presentes:

GRUPO (como esteve durante a sessão e como evolui na dinâmica proposta)

INDIVIDUAL (reflectir sobre o processo de cada elemento do grupo em cada sessão)

Notas Subjectivas (considerações importantes e aspectos a ter em conta em futuras sessões)

PROJECTO VESPAH – ALICERCE PARA DIAS SAUDÁVEIS

Susana Cardoso[1]

Resumo

O Gabinete para a Saúde do CAIC, procedeu a inquéritos para confirmar o diagnóstico de alguns problemas no âmbito da Saúde e propôs-se tentar corrigi-los, implementando várias medidas. O Projecto VESPAH (Valorizar o Equilíbrio do Sono, Pequeno-Almoço e Higiene) visa desenvolver estratégias em que o papel fulcral é desempenhado pelos próprios alunos, de modo a enraizar hábitos, que permitem tornar cada dia mais saudável. Horas de sono adequadas, pequeno-almoço equilibrado e higiene, melhoram o desempenho académico e psicossocial. Pretende-se estabelecer alicerces para o combate às causas prevalentes de mortalidade. Trata-se de actividades ainda em fase inicial, cujos resultados serão avaliados regularmente. Apresentam-se algumas estratégias e partilham-se experiências.

Palavras-chave

Sono; pequeno-almoço; higiene.

PERTINÊNCIA

O Gabinete para a Saúde, do Colégio da Imaculada Conceição (Cernache-Coimbra), procedeu a inquéritos à Comunidade Educativa no ano lectivo de 2007/2008, para diagnóstico de problemas no âmbito da Saúde e do padrão de incidência dos mesmos. Verificou-se que a omissão do pequeno-almoço constitui o segundo problema de maior incidência, logo a seguir ao reduzido consumo de fruta (este será estimulado por várias acções isoladas e frequentes, extra-projecto VESPAH). Os problemas de higiene são mais acentuados ao nível do quinto e sexto anos de escolaridade, estendendo-se um pouco até ao oitavo ano de escolaridade. Os distúrbios alimentares fazem sentir-se sobretudo desde o oitavo ano de escolaridade, acentuam-se no nono ano de escolaridade, prevalecendo casos no secundário. Ao nível do terceiro ciclo e secundário são patentes casos de alunos (não tendo ainda sido sujeito a quantificação) que dormem horas insuficientes o que evidentemente prejudica o seu desempenho académico. Surgiu então a ideia de desenvolver um projecto destinado a intervir na seguinte trilogia: horas de sono, pequeno-almoço e higiene matinal (corporal e oral).

ESTUDOS CIENTÍFICOS

As crianças em risco nutricional apresentam défice de atenção, reduzido aproveitamento escolar e problemas de comportamento, o que pode ser grandemente minimizado com o aporte de nutrientes resultante da primeira refeição do dia (Kleinman, 2002). O pequeno-almoço surge após várias horas de jejum e quando é omitido ou insuficiente, o organismo consome proteínas estruturais e entra em hipoglicémia. Podem surgir sintomas como cansaço, irritabilidade, reduzida capacidade intelectual/concentração e, um aumento de apetite para a refeição seguinte que, mesmo substancial, não compensará a carência matinal. Pelo contrário, a digestão será mais lenta, fomentando a acumulação de gordura e a sonolência.

A qualidade do pequeno-almoço é também importante, devendo integrar pão ou flocos

1. Colégio da Imaculada Conceição. **suscardoso@yahoo.com.br**

de cereais, lacticínios e fruta/sumo natural.

Á semelhança de outras opções não-salutares, a opção regular pela omissão do pequeno-almoço tem como base um conjunto de factores que podem advir dos hábitos familiares (Cheng, 2008), tornando imperativo não só actuar ao nível dos alunos mas também tentando chegar aos pais. Assim, as actividades desenvolvidas têm igualmente como alvo, os pais.

Estudos revelam também o papel da restrição do sono, com efeitos adversos na homeostasia da glucose e do sistema neuro-endócrino, com consequente elevação do IMC (índice de massa corporal) (Knutson, 2007 e 2008). Na realidade, comprova-se que o encurtamento do período de sono induz: alterações do metabolismo da glucose, estimulação do apetite e decréscimo no gasto de energia. Até mesmo o sistema imunitário é favorecido caso os factores horas de sono e pequeno-almoço sejam equilibrados, conjuntamente com outros hábitos saudáveis (Inoue, 1996). Numa outra perspectiva, insuficientes horas de sono podem estar associadas com uma maior probabilidade de desenvolver ideias ou tentativas de suicídio em adultos (Goodwin, 2008). Numa investigação de Javaheri, (2008) foram também registados problemas de pré-hipertensão em adolescentes correlacionados com horas de sono insuficientes. É interessante analisar um outro estudo (Berkey, 2008) que aponta o factor referido como responsável do aumento de peso em raparigas adolescentes, conjuntamente com factores como tempo excessivo de navegação na *Internet* (muitas vezes razão para um deitar tardio…), consumo regular de café e bebidas alcoólicas. Na realidade, os adolescentes deviam dosear melhor o tempo dispendido em *Internet* e sono, substituindo o eventual excesso do primeiro, pelo segundo.

De índole mais pontual, mas não menos preocupante, uma questão que completa a trilogia que sustenta um dia inteiro em condições mais saudáveis é a higiene matinal. Se os três factores melhorarem, decerto a qualidade do dia em termos psicossociais e académicos só poderá melhorar também. No parâmetro higiene estão ainda previstas algumas intervenções ao nível da educação postural, uma vez que muitos alunos adoptam vícios de postura que se arrastam no tempo e deixam sequelas a vários níveis, sobretudo anomalias na coluna que podem afectar outros orgãos.

O PROJECTO

Após alguma reflexão, podemos concluir que, perseguindo os objectivos de investimento na trilogia visada pelo VESPAH, estamos a criar bases para o combate às principais causas de mortalidade identificadas em Portugal.

As actividades têm como estratégia central levar os alunos a identificarem eles mesmos os problemas, a reflectir sobre as implicações dos comportamentos que identificaram e por fim, passar à acção. Consegue-se uma mediação e educação pelos pares, tão significativa nas faixas etárias em que foi identificada a maior frequência, sobretudo de omissão de pequeno-almoço.

A identificação dos problemas fez-se por intermédio de inquéritos associados a debate orientado, cujos resultados, analisados pelos próprios alunos, são discutidos para estabelecer o ponto da situação.

Figura 1. Gabinete de Apoio.

Em idades nas quais prevalece a influência dos pares, com todas as implicações favoráveis ou desfavoráveis daí decorrentes, é de extrema importância o trabalho conjunto. Pretende-se posteriormente estimular a capacidade de tomar decisões, favorecendo a opção por estilos de Vida saudáveis, neste caso fomentando actividades já não em sede de aula (ou não só…) que incluem pesquisas na *Internet*, orientação de manhãs de reflexão no gabinete de apoio ao aluno (este gabinete – figura 1- encontra-se a funcionar há mais de um ano, aberto aos alunos, em regime de confidencialidade, com a presença semanal de uma psicóloga, enfermeira e professora, sendo neste espaço que funcionam agora as manhãs temáticas – sono, pequeno-almoço, higiene - às quais os alunos acedem muito facilmente), desenvolvimento de folhetos, auto-regulação do grupo, preenchimento de tabelas de comportamentos diários, alguns pequenos-almoços em grupo (neste caso numa turma-piloto), concursos de fotografia (*o meu pequeno-almoço* e frase alusiva), entre outras, que contam com a colaboração de entidades externas, entre elas o Centro de Saúde, um médico-dentista e a Escola de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berkey, C.S , Rockett, H.R. & Colditz, G.A. (2008). Weight gain in older adolescent females: the *internet*, sleep, coffee and alcohol. *J Pediatr* Jul 7.

Cheng, T.S., Tse, L.A., Yu, I.T. & Griffiths, S. (2008). Children's perceptions of parental attitude affecting breakfast skipping in primary sixth-grade students. *J Sch Health*. Apr; 78 (4): 203-8.

Inoue, C., Takeshita, T., Kondo, H., Morimoto, K.. (1996). Healthy lifestyles are associated with higher lymphokine-activated killer cell activity. *Prev Med* Nov-Dec; 25(6): 717-24.

Javaheri, S., Storfer-Isser, A., Rosen, C.L. & Redline, S.. (2008). Sleep quality and elevated blood pressure in adolescents. *Circulation*. Aug 18.

Kleinman, R.E., Hall, S., Green, H., Korzec-Ramirez, D., Patton, K., Pgano, ME. & Murphy, J.M.. Diet, breakfast and academic performance in children. *Ann Nutr Metab* 202; 46 Suppl 1:24-30.

Knutson, K.L. & Van Cauter,E. (2008). Associations between sleep loss and increased risk of obes-

ity and diabetes. Ann N Y Acad Sci, 1129:287-304.

Knutson, K.L , Spiegel, K., Penev, P., Van Cauter, E..(2007). The metabolic consequences of sleep deprivation. *Sleep Med Rev*, Jun; 11(3): 163-78.

Nascimento e Costa, R., O trabalho de projecto como estratégia para a promoção da educação alimentar. *Nutrícias. Maio 4-13.*

Van Cauter, E & Knutson K.L. (2008), Sep and the epidemia of obesity in children and adults. *Eur. J. Endocrinol*. Aug 21.

PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS: PROGRAMA *STRONG START*

Lívia Andreucci[1], Anabela Pereira[2], Maria de Lurdes Cró[3], Amarílis Rocha[4], Cristina Ferreira[5], Liliana Loureiro[6], Patrícia Oliveira[7] & Tânia Pereira[8]

Resumo

O presente trabalho tem como objectivo dar a conhecer alguns programas de intervenção na área da promoção da resiliência, merecendo-nos particular relevo o programa *Strong Start*, orientado para a idade pré-escolar

São apresentados os objectivos, metodologia do programa, os estudos preliminares resultantes da tradução e adaptação para a língua portuguesa de Portugal e do Brasil, bem como os resultados de um estudo piloto com a aplicação programa *Strong Start*, realizado na zona Centro de Portugal.

São referidas implicações psicopedagógicas recorrentes deste estudo para profissionais de educação e pais visando a promoção da saúde, do bem-estar e do sucesso das crianças.

Palavras-chave

Resiliência; infância; saúde.

PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS: PROGRAMA *STRONG START*

1. Introdução

Estudos a nível internacional demonstram que o desenvolvimento integral do indivíduo implica não só o desenvolvimento do nível cognitivo, físico, afectivo e social, mas também saber lidar com as adversidades. As mudanças fazem parte do quotidiano e exigem constantes esforços de adaptação.

Na área da saúde, a resiliência é definida como a capacidade do ser humano de responder de forma positiva às situações adversas que enfrenta, mesmo que comportem risco potencial para a sua saúde e para o seu desenvolvimento, podendo contribuir para uma maior compreensão acerca dos processos de saúde que se desenrolam durante o aparente período de desorganização em que o indivíduo, ou neste contexto, a criança enfrentam durante as adversidades com as quais se deparam ao longo da vida.

Segundo Garmezy (1993), a resiliência é a capacidade de recuperar o padrão de funcionamento após experienciar situação adversa, sem se deixar ser atingido por ela, isto é, se uma criança tiver uma personalidade resiliente, vivendo sob uma ameaça ao bem - estar, pode se curvar, perder suas forças e ainda se recuperar.

Grotberg (1993abc) salienta que a resiliência é a capacidade universal, que permite às pessoas, grupos ou comunidades prevenir, minimizar ou superar os efeitos danosos das adversidades.

1. Universidade de Aveiro. **landreucci@ua.pt**
2. Universidade de Aveiro. **anabelapereira@ua.pt**
3. Instituto Politécnico de Coimbra, ESEC. **mlurdescro@gmail.com**
4. Escola Superior de Saúde de Viseu. **amarilisrocha@homail.com**
5. Escola Superior de Saúde de Viseu. **cristina_ferreira94@hotmail.com**
6. Escola Superior de Saúde de Viseu. **lilianaroger@msn.com**
7. Escola Superior de Saúde de Viseu. **patricia-o@live.com.pt**
8. Escola Superior de Saúde de Viseu. **taniamacariopereira@hotmail.com**

Lindström (1998) estabeleceu um conceito de resiliência composto por quatro componentes que formam um banco de recursos que protegem o indivíduo: factores individuais, contexto ambiental, acontecimentos ao longo da vida e factores de protecção. Para Cyrulnik (2001), é a arte de navegar sobre as tormentas. O desenvolvimento da resiliência é anterior à aquisição das palavras e da linguagem.

Tavares (2001) evidencia que a resiliência é a capacidade das pessoas, individualmente ou em grupos, resistirem às situações adversas, sem perderem o equilíbrio inicial. Pode ser fortalecida com o desenvolvimento do auto – conceito e da auto – estima, para que o indivíduo se torne mais forte, mais eficaz e colabore para uma sociedade menos violenta. Na criança, desenvolve-se a partir das relações que esta estabelece com o meio (Pereira,2001).

Yunes (2001) refere que no dicionário da língua inglesa se encontram dois raciocínios para o termo: o primeiro se refere à habilidade de voltar rapidamente ao seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades; a segunda definição é a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade. Esta última remete-nos ao conceito original de resiliência atribuída à física, que busca estudar até que ponto um material sofre impacto e não se deforma. O termo se pode aplicar tanto a materiais quanto a pessoas.

Existem vários programas estrangeiros para que se possa activar e aumentar o grau de resiliência nas crianças e adolescentes de entre os quais se destacam o *SEAL* (*The Social and Emotional Aspects of Learning*), desenvolvido no Reino Unido para crianças e e adolescentes; O *PENN Resilience Project*; o *Devereux Early Childhood Assessment Program* (DECA); o *Strong Kids,* O *Strong Teens* e o Programa que se traduziu, adaptou e aplicou em Portugal no âmbito desta investigação, *o Strong Start*.

2. PROGRAMAS DE RESILIÊNCIA: INTERVENÇÃO NAS ESCOLAS

O **SEAL** programa de intervenção ao nível da escola primária oferece um sistema para que toda a instituição possa promover os aspectos sociais e emocionais da aprendizagem: auto-conhecimento, gerir as emoções/ sentimentos, motivação, empatia e aptidões sociais. É organizado em sete temas, que podem ser administrados ao longo do ano, referentes a: Novos começos; Progredir e cair; Diga não ao *bullying;* Em busca dos objectivos; Bom ser eu; Relacionamentos; e por fim Mudanças (Standards site,Department for Children, Schools and Families, 2008). Os temas estão interligados, visando a criança como um todo e a sua integração escolar integral. O programa encontra-se organizado em 4 níveis: Estágio Fundamental (*Foundation Stage*); Anos 1 e 2; Anos 3 e 4 e Anos 5 e 6. Compreende igualmente sugestões para as crianças usarem com os seus pais, actividades de desenvolvimento de equipa e oportunidades de aprendizagem em pequenos grupos. Esses temas são revistos todos os anos, permitindo a experiência das ideias e aptidões da cada tema pela criança em todos os níveis considerados.

Os recursos do SEAL primário pretendem ser usados com flexibilidade em escolas e ambientes que estejam a desenvolver modelos emocionais e sociais. Algumas escolas podem, por exemplo, escolher endereços sociais e modelos emocionais como tema central.

Por seu lado, o SEAL para escolas secundárias, como acontece com as escolas primárias, é um programa que engloba a promoção de aptidões sociais e emocionais, apoiadas numa aprendizagem efectiva, num comportamento positivo, uma frequência regular, na efectividade da equipa e na promoção da saúde mental e bem – estar de todos aqueles que aprendem e trabalham nas escolas. As aptidões são desenvolvidas, utilizando a perspectiva da escola como um todo para criar o clima e as condições que

implicitamente as promovam que as permitam ser praticadas e consolidadas. São ainda dirigidas e focadas oportunidades de aprendizagem em todas as salas (durante o período de apoio tutorial, no curriculum e nas lições formais extra – classe), focando-se no grupo de trabalho. Utilizam-se técnicas e aprendizagens que facultem aos alunos suporte para aprender os padrões sociais e consolidar o que já foi aprendido. Este programa permite assim, o desenvolvimento pessoal contínuo de toda a equipa da escola.

O programa inclui ainda um folheto e uma ampla escala de recursos adicionais que se encontram no website e no CD – ROM, incluindo: Actividades de desenvolvimento da equipa; Estudo de casos; Leituras avançadas e facilitadas; Recursos do Ano 7 – com uma introdução e quatro temas.

Os recursos do **SEAL** permitem facilitar a aproximação sistemática e em espiral da aprendizagem devendo ser encarados como um estímulo ou ponto de partida, mais do que um produto acabado, além de incentivarem a criatividade e a iniciativa das escolas que o utilizam. O material inclui: Um manual de orientações; um poster " *Getting started*"; recursos para a escola toda com *photocards*; uma enciclopédia (*assembly*) e uma visão geral; um livro vermelho – para o Estágio Fundamental; um livro azul – para os anos 1 e 2;um livro amarelo – para os anos 3 e 4;um livro verde – para os anos 5 e 6.

Há ainda folhetos que contém material para os sete temas: Livreto roxo – actividades para explorar o tema na sala dos professores; Livreto dourado – para actividades familiares; Livreto prateado – actividades em pequenos grupos (Anos 1 e 2).

O PENN RESILIENCE PROJECT - (PRP), é um curriculum de intervenção escolar desenvolvido na Universidade da Pensilvânia pelos investigadores: Jane Gillham e Karen Reivich. O Penn Resilience Program (PRP) foi designado para construir resiliência, promover padrões de *coping* e ensinar soluções eficazes de problemas (Positive Psychology Center (2008). O objectivo principal do estudo é promover os pensamentos optimistas para ajudar crianças e adolescentes a responderem a mudanças e desafios quotidianos, enfrentados durante os anos escolares. Os modelos ensinados no programa podem ser aplicados em vários contextos da vida, e incluem entre outros os relacionamentos com seus pares e familiares. O programa foi pensado para ajudar as crianças a lidar com os efeitos do *stress* da ansiedade e da depressão.

O Manual deste programa de intervenção desenvolvido por Gilham, Jaicox, Reivich, Seligman e Silver (Positive Psychology Center (2008), compreende 12 sessões de grupos, com duração de 90 minutos. O curriculum ensina aptidões para a resolução de problemas sociais, comportamentais e cognitivos, baseados nas teorias cognitivo– comportamentais de Aaron Beck, Ellis e Seligman. Os alunos são encorajados a identificar os desafios dos pensamentos negativos, utilizando as evidências para fazer uma apreciação mais apurada das situações e eventos e utilizar as efectivas estratégias de *coping*, quando confrontados com as adversidades. Além dos conteúdos teóricos, os alunos aprendem técnicas de assertividade, negociação, tomada de decisões e relaxamento.

Nos últimos 12 anos, pesquisadores testaram o PRP (também conhecido por Programa Penn de Optimismo, POP em inglês), em vários ambientes e com diversos grupos de participantes. Nos estudos iniciais de avaliação do PRP, constatou-se que os estudantes identificados com risco de depressão junto dos quais o programa foi aplicado, após 2 anos de intervenção revelaram melhorias ao nível dos sintomas que apresentavam. Além disso, após 9 anos foi realizado também uma avaliação com os pais.

Tal avaliação c conduziu à implementação de uma intervenção junto dos pais, em que se visa que estes acompanhem o programa com os filhos, sendo encorajados a usar as estratégias em suas próprias vidas e a ensinar os filhos a usá-las. Espera-se assim que os pais A esperança é que os pais continuem a usar o programa quando os filhos saírem da

escola, possibilitando um efeito de intervenção mais longo.

O Devereux Early Childhood ASSESSMENT PROGRAM (DECA), desenvolvido por LeBuffe, e Naglieri, da *Devereux Foundation.* (Lewisville, Carolina do Norte, Estados Unidos da América), destina-se a crianças dos 2 a 5 anos de idade.

Trata-se de um programa designado para dar apoio ao desenvolvimento social e emocional das crianças mais novas e para aumentar a qualidade dos programas de educação precoce, através da aplicação de uma escala de avaliação/ classificação padronizada, normativa -referenciada (norm- referenced), que mede a resiliência em crianças em idades pré – escolares (The Devereux Early Childhood Iniciative, 2008) Apresenta instrumentos de avaliação padronizados, estabelecidos pela *American Psychological Association* (APA) e pela *National Association for the Education of Young Children* (NAEYC). Baseada nos resultados de pesquisas com crianças resilientes, o DECA inclui 3 escalas que medem (ligações, vínculos), o auto – controlo e a iniciativa. Abrange igualmente a parte comportamental.

O *kit* do Programa DECA contém os formulários gravados, um manual técnico, um guia do usuário, um guia com estratégias de classe, um guia para as famílias e um jornal de observações para o planeamento.

O DECA é para ser completado pelos pais ou pelo professor. As avaliações devem estar baseadas na observação directa da criança; o avaliador não deve considerar comportamentos observados em outras aulas e considerar os comportamentos que ocorreram nas últimas 4 semanas e evitar comparar as crianças. Uma aproximação útil e proveitosa é ter resultados de mais de um avaliador/ observador. Conhecimento da herança familiar e tradições resultarão em interpretações mais ricas dos dados e sugestões mais úteis para pais e professores para aumentar os factores de protecção da criança.

Por último surge um programa complexo e variado (composto por várias valências), o qual consideramos de elevada utilidade e adequação para a promoção da resiliência e que foi desenvolvido pela Universidade do Oregon (EUA), através do **Oregon Resilience Project** (ORP), dividido em várias faixas etárias, dos 3 aos 18 anos de idade: *STRONG START*, dos 3 aos 5 anos de idade, que descreveremos mais adiante), *STRONG KIDS*, dos 5 aos 14 anos de idade e *STRONG TEENS*, dos 14 aos 18 anos de idade.

Estes programas foram desenvolvidos pelo Departamento de Educação Especial e Ciências Clínicas da Universidade do Oregon, nos Estados Unidos, chefiado por Kenneth Merell (*Strong Kids Website*, ORP,2008), com o propósito de ensinar aptidões sociais e emocionais, promover a resiliência, reforçar o que já se possui e aumentar as estratégias de *coping* nas crianças e adolescentes.

Os programas ***Strong Kids*** são breves e apresentam um curriculum prático de aprendizagem social-emocional. É composto por 2 versões disponíveis: ***Strong Kids – Grades 3 – 5***, específico para as crianças em níveis intermediários, entre os 8 e os 12 anos de idade e o ***Strong Kids Grades 6- 8***, para estudantes em faixas de idade intermediárias, com idades entre os 12 e os 14 anos. Os objectivos destes programas compreendem uma intervenção precoce e de carácter preventivo tendo um amplo alcance de aplicações, podem ser utilizado efectivamente com alta funcionalidade em uma variada gama de situações, com alunos considerados com distúrbios comportamentais e emocionais e crianças de risco.

Os dois programas têm uma estrutura curricular semelhante que inclui 12 sessões, de aproximadamente 45 – 55 minutos cada, podendo ser conduzidos por um(a) professor(a) ou profissional de saúde mental. Os alunos acham as lições envolventes e divertidas, sendo elevado o número de benefícios dos aspectos afectivos e comportamentais nele integrados.

Em complemento às 12 lições básicas, Strong Kids inclui uma lição extra, designada para ajudar a re-ensinar e reforçar os conceitos do curriculum, semanas depois de completada a última lição. Os manuais Strong Kids incluem todos os materiais que são necessários para o ensino das lições. Tem como instrumento de avaliação o SEARS-A, SEARS- C, o SEARS-P e o SEARS-T.

O Programa **STRONG TEENS** apresenta também um curriculum prático de aprendizagem social-emocional, sendo também designado com o propósito de ensinar aptidões sociais e emocionais, promover a resiliência, reforçar o que já se possui e aumentar as estratégias de *coping* no*s* adolescentes. É indicado para estudantes com idades entre os 14 e os 18 anos de idade, sendo os objectivos deste programa orientados para uma intervenção precoce de carácter preventivo. Este programa à semelhança dos anteriores é adequado para alunos considerados com distúrbios comportamentais e emocionais e crianças de risco, sendo a sua estrutura curricular constituída por 12 sessões, de aproximadamente 45 – 55 minutos cada.

Tendo em consideração que em Portugal são reduzidos os programas específicos sobre a promoção da resiliência para a Infância, fomos por isso desafiados a avançar com a tradução e adaptação de um Programa que se adaptasse à cultura e língua portuguesa constituindo o programa *Strong Start* desenvolvido pela Universidade de Oregon o mais adequado para esta realidade. Nesta investigação foi desenvolvido o programa *Strong Start*, cuja descrição e resultados exploratórios da sua aplicação se apresentam neste trabalho.

3. *STRONG START*: ADAPTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA CRIANÇAS PORTUGUESAS DOS 3 AOS 5 ANOS DE IDADE.

Em Portugal, as investigações realizadas por Andreucci e Pereira (2008) identificaram lacunas ao nível dos instrumentos de avaliação sobre resiliência pelo que foi traduzido e adaptado um dos programas (*Strong Start*) para o português de Portugal e para o Português do Brasil, Andreucci (2008).

O programa *STRONG START*, dos 3 aos 5 anos de idade, faz parte de um projecto abrangente, que também conta com o Programa *STRONG KIDS* (para crianças dos 5 aos 14 anos de idade) e *STRONG TEENS* (dos 14 aos 18 anos de idade). É breve e apresenta um conjunto de conteúdos práticos ao nível do curriculum de aprendizagem social - emocional, designado para crianças em idade pré – escolar. Tal programa tem como finalidade ensinar aptidões sociais e emocionais, promover a resiliência, reforçar o que já se possui e aumentar as estratégias de *coping* nas crianças. Há 2 versões disponíveis: ***Strong Start Pre K e K2***. Os objectivos destes programas são uma intervenção precoce e também de carácter preventivo e com várias áreas de aplicação. Este programa pode ser utilizado efectivamente em várias situações e com diferentes crianças tais como crianças de risco ou com alunos considerados com distúrbios comportamentais e emocionais.

Os dois programas têm uma estrutura curricular semelhante que inclui 10 sessões, de aproximadamente 25 a 40 minutos cada, e pode ser conduzido por uma professora ou profissional de saúde mental. Os alunos acham as sessões envolventes e divertidas, uma vez que utiliza literatura infantil popular para ajudar a enfatizar os principais conceitos, com benefícios afectivos e comportamentais.

As dez sessões contidas no manual apresentam os seguintes temas e finalidades:

- *Sessão n.º 1*: "O grupo dos exercícios dos sentimentos/emoções", cuja finalidade é introduzir aos alunos o curriculum *STRONG START PRE - K*;

• *Sessão n.º 2*: "Perceber os teus sentimentos/emoções 1", com o objectivo de ensinar os alunos a nomear sentimentos/emoções básicos;

• *Sessão n.º 3:* "Perceber os teus sentimentos/emoções 2", cujas finalidades são rever os seis sentimentos/emoções básicos (alegria, tristeza, raiva, medo, surpresa e nojo e ensinar aos alunos maneiras apropriadas de expressar os seus sentimentos e emoções.

• *Sessão n.º 4*: "Quando estás zangado ou com raiva", ensina como gerir a raiva e maneiras que ajudam a lidar com a raiva ou com a zanga;

• *Sessão n.º5:* "Quando estás feliz", ensina aos alunos como se sentirem contentes e a confortarem-se quando estão tristes;

• *Sessão n.º 6:* "Quando estás preocupado (nervoso) ", ensina os alunos a gerirem a ansiedade, a preocupação e o medo;

• *Sessão n.º 7:* "Perceber os sentimentos/emoções das outras pessoas", treina os alunos a identificarem os sentimentos/emoções dos outros;

• *Sessão n.º 8:* "Ser um bom amigo", ensina aos alunos comunicação básica e aptidão para fazer amizades;

• *Sessão n.º 9:* "Resolver os problemas das pessoas", tem por objectivo ensinar os alunos a resolverem os problemas com os outros;

• *Sessão n.º 10:* "Conclusão", os alunos revêem os conceitos principais e aptidões do *Curriculum STRONG START PRE - K*.

Com a finalidade de obter o apoio e colaboração dos pais no programa, em cada sessão foi enviado um boletim com a informação referente aos conteúdos que aprenderam e actividades que desempenharam naquele dia, para que seja reforçado e estimulado em casa.

Em complemento às 10 sessões básicas, o Programa *STRONG START* inclui duas sessões extras visando, ajudar e reforçar os conceitos e as aprendizagens do curriculum semanas depois de ter sido completada a última sessão. Os manuais *STRONG START* são complexos e minuciosos, incluem todos os materiais necessários para o ensino das referidas sessões.

Também complementam o Programa os seguintes Instrumentos de Avaliação: *WeBeST* (*Well Being Screening Tool*), que mede o afecto "negativo": o *SEARS-P*, destinado aos pais e o *SEARS-T*, destinado aos professores.

4. ESTUDOS PRELIMINARES REALIZADOS EM PORTUGAL: ALGUNS RESULTADOS

Iremos salientar muito sinteticamente alguns resultados que constituíram o primeiro estudo português com o programa *STRONG START.* O presente trabalho, insere-se num projecto de investigação mais abrangente sendo que este estudo preliminar contou com a colaboração de uma equipa de excelentes investigadoras e profissionais de Enfermagem (Amarílis Rocha, Cristina Ferreira, Liliana Loureiro, Patrícia Oliveira e Tânia Pereira), cujos resultados finais serão divulgados de uma forma mais detalhada.

Este programa psico-educativo teve como objectivos promover a resiliência nas crianças através do ensino e treino de aptidões sociais e emocionais bem como ensinar a lidar com as situações adversas aumentado a eficácia dos mecanismos de *coping* (estratégias para lidar adequadamente com as situações difíceis).

A dinâmica das sessões foi muito interactiva, envolvendo educadores/professores, cada criança e os respectivos pais. Foram utilizadas metodologias qualitativas e quantitativas, pretendendo ser um estudo com um desenho do tipo *quasi-experimental*, envolvendo um grupo experimental (que se submeteram à intervenção do programa) e um grupo de controlo (sem programa) Os materiais de avaliação utilizados fazem parte das ferramentas construídas originariamente para este programa.

Foram tidos na realização desta investigação cuidados éticos e deontológicos, tendo sido autorizado pelas responsáveis da instituição e respectivos pais a realização de todas as actividades inerentes a esta pesquisa.

Foram estudadas e avaliadas 76 crianças de ambos os sexos, oriundas de um meio rural, dos 3 aos 5 anos de idade, sendo 29 do Jardim de Infância do Concelho de Vouzela, e 47 crianças de uma Associação de Apoio à Infância, do Concelho de Moimenta da Beira, pertencendo ambas as instituições ao Distrito de Viseu. O estudo preliminar decorreu durante os meses de Abril e Maio do presente ano. Foram feitos pré – testes e pós – testes usando para o efeito os instrumentos do *WeBeST*.

Em ambas as instituições as crianças estavam distribuídas por duas salas estando sempre em cada uma das salas uma educadora responsável. No sentido de os grupos (controlo e experimental) serem mais ou menos homogéneos, optou-se na selecção das crianças pelo critério da aleatoriedade.

Dos extensos resultados salientamos que no pré-teste, as crianças de quatro anos apresentam um maior nível de resiliência bem como as crianças que têm um irmão que também apresentam valores mais elevados ao nível de resiliência. Quando comparados os alunos do grupo experimental (submetidos à intervenção do programa) com as do grupo controlo, os primeiros apresentaram na avaliação do pós teste maiores níveis de resiliência, levando – nos a concluir que a aplicação do programa *STRONG START PRE-K* teve efeito positivo na resiliência das crianças em idade pré-escolar.

Apesar de estes resultantes serem para nós muito gratificantes, estes dados deverão ser lidos com alguma precaução, visto que foi apenas um estudo preliminar, na qual não pudemos controlar todas as variáveis incluindo as "parasitas".

5. IMPLICAÇÕES

Através deste estudo, pretendemos dar a conhecer alguns programas de intervenção para a promoção da resiliência e alertar para a necessidade de uma maior investimento na área da educação, tendo em vista o desenvolvimento global da criança. A aposta na melhoria da auto - estima e do auto – conceito de crianças, jovens e adultos que fazem parte da comunidade, tornando-os mais resilientes (para enfrentar as duras situações da vida quotidiana), mais equilibrados, mais justos, mais felizes, mais compreensivos e tolerantes, mais responsáveis, com melhor qualidade de vida, terá certamente implicações ao nível do bem-estar da criança, bem como ao nível do sucesso escolar.

Os programas de intervenção aqui descritos, bem como os resultados da nossa intervenção directa com crianças, permite-nos salientar da importância dos princípios, objectivos e adequabilidade das metodologias utilizadas, bem como sugerir a continuação da aplicação destes programas de intervenção em contextos escolares, visando a promoção da saúde de crianças e jovens.

Por fim, julgamos de toda a pertinência que a formação básica e contínua dos professores e educadores contemple no seu curriculum a educação para a saúde, em particular a promoção da resiliência.

BIBLIOGRAFIA

Andreucci, L. & Pereira, A. (2008) Strong Start: Versão Portuguesa do Programa de Promoção da resiliência Strong Start . Documento a aguardar publicação. Aveiro

Andreucci, L (2008) Strong Start: Versão Brasileira do Programa de Promoção da resiliência Strong Start. Documento a aguardar publicação. Botucatu

Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor, el sentido de la resiliência*. Barcelona: Ediciones Granica.

Garmezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry 56*, 127-136.

Grotberg, E. (1993a) Promoting Resilience in Children: A New Approach. *The Ahfad Journal 10* (2):5-14.

Grotberg, E.(1993b) Promoción de la "defensa ante la adversidad" en los niños: Nueva aproximación. *Medicina y Sociedad*. 10(1-2).

Grotberg, E. (1993c). *Promoting resilience in children: a new approach.* University of Alabama at Birmingham: Civitan International Research Center.

Lindström, B (1998). Salutogenesis and Antonovsky in the post modern aiderarea. In: Kumlin T, ed. Sense of coherence, theory, empirical evidence and critique. Stockholm: The Swedish Research Council, *Report* 9: 15-20.

Pereira, A. (2001) – Resiliência, Personalidade, Stress e Estratégias de *Coping*. In José Tavares (Org.) *Resiliência e Educação,* pp. 77-84. São Paulo: Cortez Editora.

Positive Psychology Center, University of Pensilvânia, Resilience Research in Chidrem, consultado em 9 de Setembro de 2008, http://www.ppc.sas.upenn.edu/prpsum.htm

Strong Kids Website, ORP, University of Oregon, consultado em 10 de Setembro de 2008 http://strongkids.uoregon.edu

Standards Site, Department for Children, Schools and Families, consultado em 10 de Setembro de 2008. http://www.standards.dfes.gov.uk/primary/publications/banda/seal

Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. In: J.Tavares. (Org.) Resiliência e educação. São Paulo: Cortez Editora.

The Devereux Early Childhood Iniciative, consultado em 10 de Setembro de 2008. ,http://www.devereux.org/site/PageServer?pagename=deci_index

Yunes, M & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J.Tavares (Org.), Resiliência e Educação (pp.13-42). São Paulo: Cortez Editora.

PROMOÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING*: GESTÃO DO TEMPO E TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO

Alda Martins[1] & Andreia Pacheco[2]

Resumo

A sociedade actual, com os desafios que coloca ao indivíduo nas mais diversas áreas, pode ser considerada como uma fonte de stresse. Neste sentido, importa dotar o sujeito de estratégias de coping, como a gestão de tempo ou as técnicas de respiração e relaxamento, para que este saiba lidar com as situações quotidianas, e aquelas mais desafiadoras, de um modo ajustado. Assim, o objectivo da presente Oficina é, por um lado, transmitir aos formandos competências teóricas e práticas, viáveis para si mesmos, com o intuito de combater o stresse e promover comportamentos salutogénicos, e por outro lado, capacitá-los para a generalização das aprendizagens num contexto profissional.

Palavras-chave

Coping, gestão do tempo, relaxamento.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De modo a realizar a pesquisa bibliográfica para esta Oficina, pesquisámos na base de dados *"PsycInfo"* as seguintes palavras-chave, no título: *"wellbeing"*, *"well-being"*, *"stress*"*, *"coping"*, *"time management"*, *"relax*"* e *"breathing"*. Os resultados encontrados e as principais investigações serão apresentadas de seguida, bem como outros estudos que se mostraram relevantes.

Antes de mais, gostaríamos somente de salientar quantas publicações existem sobre as temáticas em análise. Deste modo, podemos afirmar que a base de dados "PsycInfo" agrupa 353 artigos sobre o bem-estar (125 desde 2004), 1851 publicações sobre stresse (381 após 2004), 718 investigações referentes ao coping (134 entre 2004 e 2008), somente 11 referências sobre a gestão do tempo (e meramente 1 após 2004), 134 estudos acerca do relaxamento (foram publicados 10 desde 2004), e 16 artigos que tratam a respiração (datando 5 dos últimos quatro anos).

BEM-ESTAR

A noção de bem-estar subjectivo expressa determinadas características da qualidade de vida, como a felicidade e a satisfação com a vida nas suas várias dimensões (profissional, familiar, social), emergindo sempre de uma auto-avaliação por parte do sujeito (Diener & Diener, 1995). Assim, o indivíduo assume um papel activo como construtor do seu próprio bem-estar, não só através dos seus comportamentos directos, mas também nas atribuições interpretativas dos acontecimentos que esboça (Diener, 1984). Para além da relevância concedida ao sujeito, várias investigações têm apontado algumas características da personalidade como um factor determinante para o bem-estar, nomeadamente o optimismo, a extroversão (Comptom, 2005), a estabilidade emocional ou a resistência ao stresse (Deneve & Cooper, 1998). Deste modo, conhecem-se algumas estratégias de optimização do bem-estar subjectivo, como a compensação, reavaliações

1. Universidade do Algarve, Centro Universitário de Investigação em Psicologia. **acmartins@ualg.pt.**
2. Universidade do Algarve, Centro Universitário de Investigação em Psicologia. **aspacheco@ualg.pt**

de acontecimentos ou a selecção de objectivos (Sirgy, 2002). Enquanto factores de saúde e bem-estar podem referir-se os estilos de vida saudável, o relaxamento, a pertença a grupos sociais e o controlo do stresse, actuando este último, juntamente com as fracas capacidades de coping, como factores contra-produtivos para o bem-estar subjectivo (Green & Shellenberger, 1991).

STRESSE

O stresse surge como um conceito quase antagónico do bem-estar, ou pelo menos prejudicial para a qualidade de vida, sendo considerado um constructo heterogéneo e complexo, pelo que pode originar muitas interpretações diversas (Sandín, 1995).

Um dos modelos iniciais do stresse, da autoria de Cannon (1932, referido por Ogden, 2004), postula que perante ameaças externas, o indivíduo, mediante alterações fisiológicas, poderá emitir uma resposta de fuga ou luta. Em 1956, Selye (referido por Ogden, 2004), estruturou três fases do processo de stresse, segundo as quais um indivíduo começa por sofrer um aumento de actividade após a exposição a um elemento stressante (alarme), face ao qual procura encontrar respostas adequadas através de mecanismos de coping (resistência), acabando por se resignar, deixando de oferecer resistência ao estímulo stressor (exaustão). As principais críticas sugeridas a ambos os modelos prendem-se com o facto de o indivíduo ser caracterizado como um sujeito passivo, que meramente responde a estímulos ambientais, sem serem considerados factores psicológicos como intervenientes (Ogden, 2004).

Assim, uma definição mais holística de stresse implica um desequilíbrio no organismo, provocado por um agente externo ou interno, como por exemplo as emoções ou situações anormais do quotidiano. Quando se dá esta instabilidade, o organismo, de modo a regular as suas funções, quer a nível fisiológico, quer psicologicamente, esforça-se por dar uma resposta favorável, produzindo uma sensação subjectiva de tensão que acaba por afectar o estado emocional (Sandín, 1989). Deste modo, a definição de stresse envolve a resposta fisiológica e psicológica do indivíduo a um determinado estímulo, traduzindo-se numa alteração do seu estado habitual.

A teoria de Lazarus, dos anos 70, vai ao encontro desta abordagem, dado que defende que o sujeito primeiramente avalia as situações (se não merecem ser consideradas, ou se são positivas ou negativas), para que de seguida pondere sobre quais as melhores estratégias de coping a usar. Neste sentido, o autor defende que cada um de nós, mediante uma situação de stresse, faz uma avaliação primária, secundária e uma reavaliação, de modo a definir se se trata de um caso de ameaça, perda, desafio ou benefício, para poder mobilizar os recursos necessários à acção, que depois serão alvo de ajustamentos retroactivos (Lazarus, 1993). Desta forma, o indivíduo pode agir directamente sobre o stressor (isto é, o agente que desencadeia o processo de stresse – Ribeiro, 2005), procurar mais informação, não tomar nenhuma medida ou pôr em prática estratégias de coping, nomeadamente técnicas de relaxamento (Ogden, 2004), que combatam as respostas fisiológicas e psicológicas que o stresse origina (Sandín, 1995).

Eustresse e Distresse

Quanto às categorias de stresse, o eustresse pode ser considerado como um tipo de stresse que promove a resolução da situação, tendo em vista o bem-estar, desenvolvimento e realização pessoal do indivíduo, na medida em que o stressor é interpretado como um desafio. Por outro lado, o distresse caracteriza-se pela exaustão, seja por um nível de tensão muito elevado, ou muito mantido no tempo, que desencadeia sintomas de mal-estar, pelo facto do stressor ser interpretado pelo indivíduo como um problema (Jesus, 2002).

O stresse, essencialmente na sua forma negativa (distresse), constitui por si um factor de risco para o indivíduo, tornando-o ainda vulnerável pela eventual adopção de comportamentos como os consumos alimentares excessivos, ou de álcool e tabaco. Para além disso, é importante não obviar, que não são os acontecimentos que produzem stresse no organismo, mas sim as interpretações que os sujeitos fazem dos mesmos (Pereira, 2006).

ESTRATÉGIAS DE *COPING*

No processo que cobre a área cinzenta entre o bem-estar e o stresse, ganham relevo as estratégias de coping, entendidas como os factores que têm como função promover o ajustamento ou a adaptação individual do sujeito a situações de stresse (Holahan & Moos, 1987).

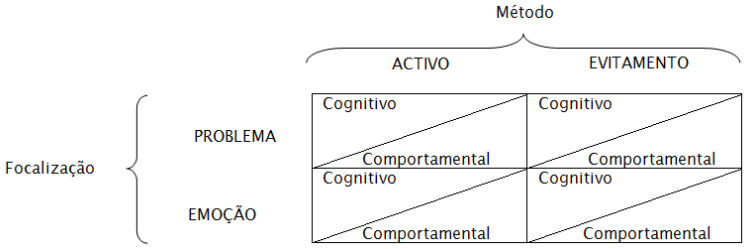
As estratégias de *coping*, segundo Carver (1997), podem ser agrupadas em catorze categorias, como por exemplo o *coping* activo, o planeamento, a aceitação ou a negação, e visarão, em última instância, tornar os níveis de stresse sentidos mais toleráveis, e potencializar as características relativas ao bem-estar do indivíduo.

O *coping* é actualmente entendido como os esforços cognitivos e comportamentais que cada indivíduo adopta de modo a ultrapassar as dificuldades externas ou internas causadoras de stresse (Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias de *coping* utilizadas por cada sujeito fazem toda a diferença no bem-estar com que é ultrapassada cada situação de stresse (Pereira, 2006). Apesar do resultado esperado ser a adaptação ao factor stressor de tal forma que deixe de provocar stresse, as estratégias utilizadas podem não produzir esse resultado, tornando-se ineficazes e inadaptativas (Lazarus, 1966). Lazarus (1966) distingue ainda dois tipos de estratégias de *coping* em função da orientação da resposta, as estratégias focadas no problema e as centradas na emoção. O primeiro tipo de estratégias pressupõe uma avaliação do problema e a procura e planificação de soluções (enfrentamento). Por sua vez, as segundas pressupõem que o indivíduo minimize o mal-estar através do auto-controlo, distanciamento, desvalorização e aceitação (evitamento). Esta perspectiva tem sido utilizada em diversas investigações e aplicada aos mais variados campos (Jerlock, Gaston-Johansson, Kjellgren, & Welin, 2006).

Moos, Cronkite, Billings e Finney (1986) adoptaram um modelo mais complementar onde classificaram o *coping* em função da orientação da resposta, à semelhança de Lazarus, e da estratégia utilizada: activa-cognitiva (por exemplo, redefinir a situação), activa-comportamental (como ao modificar a situação através de acções) e evitamento.

Continuando na mesma linha, Feuerstein, Labbé e Kuczmierczyk (1986) partiram do modelo proposto por Moos e colaboradores, organizando as categorias de *coping* identificadas segundo três orientações: em função da focalização da resposta (problema ou emoção), do método adoptado (activo ou evitamento) e da sua natureza (cognitiva ou comportamental), como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1. Classificação das respostas de Coping segundo Feuerstein, Labbé e Kuczmierczyc (1986).



As estratégias de *coping* adoptadas influenciam o bem-estar do indivíduo, havendo investigações que demonstram que a depressão e a ansiedade estão positivamente relacionadas com as estratégias de evitamento. Por sua vez, os resultados positivos têm sido associados às diferentes estratégias de enfrentamento (Vitalino, Katon, Russo, Maiuro, Anderson, & Jones, 1987).

No entanto, a diversidade de estratégias de *coping* existentes, bem como a individualidade do ser humano, levam a que os resultados encontrados não sejam claros quando se procura seleccionar as técnicas de *coping* mais eficazes (Pitts & Phillips, 1998). Normalmente, os indivíduos tendem a responder de forma mais ou menos estável a diferentes situações stressantes e a basearem a estratégia adoptada na percepção das suas capacidades em ultrapassar a situação (Törestad, Magnusson, & Oláh, 1990).

Neste artigo optamos por um lado, por expor uma estratégia que permite prevenir factores de stresse, como é o caso da gestão do tempo, e por outro, o relaxamento que permite reduzir os níveis de stresse psicológica e fisiologicamente.

GESTÃO DO TEMPO

O stresse é muitas vezes provocado pela dificuldade em gerir o tempo e conseguir dar atenção a todas as áreas em que o sujeito se encontra envolvido (Hawkins & Klas, 1997). As técnicas de gestão do tempo, inicialmente utilizadas como estratégias de *coping* em indivíduos com dificuldades em gerir as tarefas no emprego (McCay, 1959), são actualmente utilizadas como estratégias redutoras do stresse e ansiedade devido à má gestão do tempo em diversas áreas.

Actualmente, estão identificadas várias estratégias para gerir o tempo que se adaptam às necessidades individuais, como por exemplo atribuir prioridades aos objectivos, lidar com a procrastinação, aprender a dizer não ou realizar um horário de actividades (Cook, 1998; Mancini, 2003). No entanto, apesar de existirem inúmeros livros de auto-ajuda acerca desta temática referindo os benefícios de cada técnica, em termos de investigação não existem estudos específicos para cada uma das técnicas apresentadas. Deste modo, não é possível distinguir que técnica é mais benéfica, visto que os estudos encontrados desenvolvem formações únicas com base em várias estratégias com o mesmo objectivo: dotar os indivíduos de capacidades de gestão do tempo.

Parece claro em várias investigações que os indivíduos que aprendem a fazer uma boa gestão do tempo se sentem menos stressados, como é o caso de estudantes do Ensino Superior que após a aprendizagem de técnicas de gestão do tempo diminuíram os níveis de stresse (Macan, Shahani, Dipboye, & Phillips, 1990; Martins & Pacheco, 2008) ou de vários profissionais sujeitos a cargos stressantes (Owens, 1987). Numa outra investigação realizada no contexto do ensino superior, também se observou que quando os estudantes consideravam a sua gestão do tempo como adequada, tal se correlacionava de modo fraco mas significativo com uma satisfação face às relações interpessoais familiares, com amigos e colegas, existindo ainda uma correlação negativa moderada significativa com a vontade de alterar o estilo de vida pessoal (Pacheco & Martins, 2008). Existem ainda outros tipos de estudos que comprovam os benefícios das técnicas de gestão do tempo a vários níveis como é o caso do desempenho e satisfação laboral (Macan, 1996) ou a percepção do tempo (Francis-Smythe & Robertson, 1999).

Atendendo aos resultados benéficos verificados na literatura e à problemática da falta de tempo existente nos dias de hoje, as técnicas de gestão do tempo são cada vez mais um aspecto relevante não só em contexto laboral, mas também em contexto clínico e não clínico, dotando os indivíduos de controlo sobre as diferentes áreas da sua vida.

RESPIRAÇÃO E RELAXAMENTO

O relaxamento é um método utilizado quer como estratégia para combater o stresse, quer como técnica de tratamento da psicoterapia cognitivo-comportamental nos transtornos de ansiedade (Barlow & Cerny, 1999). Esta técnica começou a ser desenvolvida por Jacobson, nos anos 30, que constatou através de diversos estudos que a indução de um estado de relaxamento atenuava as respostas fisiológicas, melhorando as respostas de *coping* em relação à situação de mal-estar (Jacobson, 1938). Ao longo do tempo, várias investigações têm comprovado os benefícios das técnicas de relaxamento no combate ao stresse, generalizando a sua aplicação à população não clínica (Borkovec, Grayson, & Cooper, 1978; Poveda, Iciarte, Toro-Lira, Rodriguez, Poveda, & Ramirez, 2001) Por exemplo, em estudos realizados com estudantes do Ensino Superior, verificou-se que após a aprendizagem de técnicas de relaxamento, os sujeitos apresentaram uma diminuição nos níveis de stresse relatados, significativa quando comparada com o grupo de controlo, mesmo em altura de exames (Martins, Jesus, & Pacheco, 2008).

Neste contexto, a respiração diafragmática é uma componente presente em quase todas as técnicas de relaxamento conhecidas. Para além disso, esta técnica pode ser utilizada isoladamente na medida em que os estados de stresse envolvem frequentemente alterações respiratórias, nomeadamente a hiperventilação (Clark, Salkovskis, & Chalkley, 1985). Os indivíduos que dominam esta técnica conseguem melhorar a ventilação e diminuem a sensação de falta de ar em situações ansiogénicas. No inicio, até que se torne automática, esta técnica requer muitas sessões de treino. O treino deve começar por ser realizado na posição horizontal, já que desta forma é mais fácil controlar os movimentos diafragmáticos devido à menor pressão exercida nessa posição. O movimento consiste em movimentar voluntariamente a zona abdominal, devendo esta ser erguida ao inspirar, ao passo que ao expirar se baixa (Hough, 2001).

Das técnicas de relaxamento mais utilizadas destaca-se o relaxamento progressivo inicialmente desenvolvido por Jacobson (1938) e as técnicas de relaxamento cognitivo, como é o caso do relaxamento autógeno de Schultz (Caballo, 2002) ou o relaxamento ABC (Attentional Behavioral Cognitive) derivado das técnicas de Albert Ellis (Smith, 1999).

A primeira técnica tem vindo a sofrer alterações no sentido de a aperfeiçoar, embora a base de treino assente na contracção e relaxamento de dezasseis grupos musculares específicos, divididos nas seguintes categorias: mão e antebraço direito; mão e antebraço esquerdo; braço direito; braço esquerdo; perna e pé direito; perna e pé esquerdo; coxas; abdómen; tórax e respiração; ombros e base do pescoço; nuca; lábios; olhos; face interior e face superior. Para a maioria dos autores o relaxamento deve começar pelos membros superiores dominantes (direita para os destros e esquerda para os esquerdinos), seguindo-se os membros superiores não dominantes, passando posteriormente para os membros inferiores dominantes e não dominantes, subindo-se depois para os grupos musculares das coxas, tronco e cabeça (Barlow & Cerny, 1999; Bernstein & Borkovec, 1973; Jacobson, 1938).

No que respeita ao relaxamento cognitivo tem sido quase sempre conjugado com as técnicas de relaxamento progressivo. Muitos autores desenvolveram material de suporte às técnicas cognitivas, através de sugestões visuais em formato áudio, embora nem sempre de carácter científico.

PLANEAMENTO E DESENVOLVIMENTO DA OFICINA

Objectivos

- Transmitir aos formandos competências teóricas acerca dos conceitos

relacionados com o stresse e as estratégias de *coping* existentes;

• Aprofundar e demonstrar a utilização de duas estratégias de *coping* com resultados comprovados (gestão do tempo e relaxamento);

• Permitir a utilização das estratégias de *coping* ensinadas em contexto individual e profissional;

• Promover comportamento salutogénicos.

Critérios de Inclusão dos Participantes

A Oficina, pelo seu carácter prático, deverá ter um limite de 25 pessoas. Aconselha-se o uso de roupa confortável, para maximizar a potencialidade das técnicas de respiração e relaxamento. Os conteúdos destinam-se a participantes com conhecimentos básicos acerca de stresse, e que procurem aprofundar as suas competências teórico/práticas.

Instrumentos

Recorrer-se-á ao uso de diversas metodologias, de entre as quais se salientam a exposição oral, o estudo de caso e a abordagem demonstrativa/prática (técnicas de gestão do tempo, respiração e relaxamento).

As técnicas de gestão do tempo visadas terão em conta estratégias para lidar com a procrastinação e a realização de um horário pessoal, com base em prioridades e objectivos semanais. Enquanto técnicas de respiração, adoptamos a respiração abdominal a três tempos, ou respiração diafragmática, que têm sido aplicadas como iniciação a técnicas mais profundas e complexas de relaxamento, e cujas potencialidades têm sido investigadas, designadamente associando a sua aplicação a um contexto com música de fundo (Fried, 1990).

Já o relaxamento visado nesta Oficina, trata-se do relaxamento muscular progressivo, que deriva da tensão/descontracção de grupos musculares, tendo como propósito último poder ser aplicado sem ser necessária a prévia contracção muscular, e em situações de contexto real diversas (Heimberg & Juster, 2000). É uma técnica que tem sido trabalhada por muitos autores (Bernstein & Borkovec, 1973), e aplicada a diversas patologias, de entre as quais se podem referir as perturbações de ansiedade (Costello & Borkovec, 1993).

Estrutura e conteúdos da Oficina

Após uma primeira avaliação dos conhecimentos prévios dos formandos, adaptar-se-ão os conteúdos teóricos relacionados com o bem-estar, stresse, eustresse e distresse e estratégias de *coping*, explicitadas no enquadramento teórico. Estima-se que este primeiro momento teórico tenha a duração aproximada de 45 minutos, dedicando-se 1 hora e 15 minutos à componente prática da Oficina, na qual se incidirá sobre as técnicas de gestão do tempo, respiração e relaxamento.

Ao nível das técnicas de gestão do tempo, será inicialmente exposto o conceito de procrastinação e como identificar a existência de comportamentos deste tipo, bem como estratégias práticas a utilizar para os evitar. Posteriormente aplicar-se-á conjuntamente com os formandos uma técnica de distribuição de tarefas em blocos horários de modo a conciliar o horário profissional e pessoal, definir objectivos e prioridades a curto e longo prazo.

Numa segunda fase serão introduzidas as técnicas de respiração acima referidas, permitindo o seu treino por parte dos formandos. Finalmente serão abordadas as técnicas de relaxamento progressivo, através de uma explicação dos exercícios de contracção/relaxamento específicos para cada grupo muscular e de um treino final abrangendo o

relaxamento integral.

Optou-se por utilizar uma abordagem teórica numa primeira fase, de modo a facilitar a compreensão dos termos técnicos abordados na parte prática, tendo esta como propósito uma melhor integração das estratégias desenvolvidas.

CONCLUSÕES

No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de definir os principais conceitos abordados, identificar sintomas de stresse, caracterizar distintas estratégias de *coping* e reproduzir as técnicas aplicadas.

Espera-se que a presente Oficina seja um meio de transmissão de conhecimentos teóricos sobre aspectos conceptuais com grande impacto prático na vida dos indivíduos, concedendo-lhes a oportunidade de ganhar mestria em técnicas e estratégias que pretendem promover, por um lado, o seu bem-estar pessoal, e permitem, por outro, a aplicação destas mesmas técnicas em contextos profissionais.

REFERÊNCIAS

Barlow, D., & Cerny, J. (1999). *Tratamento psicológico do Pânico.* Porto Alegre: Artmed.

Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping profession.* Champaign, IL: Research Press.

Bernstein, D., & Borkovec, T. (1973). *Progressive Relaxation training: A manual for the helping professions.* Champaign: Research.

Borkovec, T., Grayson, J., & Cooper, K. (1978). Treatment of general tension: subjective and physiological effects of progressive relaxation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 518-528.

Caballo, V. (2002). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Transtornos Psicológicos.* Madrid: Siglo Veintiuno.

Carver, C. (1997). You want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4 (1)*, 92-100.

Claessens, B., van Eerde, W., Rutte, C., & Roe, R. (2007). A review of time management literature. *Personnel Review*, 255-276.

Clark, D., Salkovskis, P., & Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16*, 23-30.

Comptom, W. (2005). *An Introduction to Positive Psychology.* London: Thomson.

Cook, M. (1998). *Time Management: proven techniques for making the most of your valuable time.* Massachusetts: Adam Media Corporation.

Costello, T. D., & Borkovec, E. (1993). Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive — Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (4)*, 611-619.

Deneve, K., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin, 124 (2)*, 197-229.

Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin, 95 (3)*, 542-575.

Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-Cultural Correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 68 (4)*, 653-663.

Feuerstein, M., Labbé, E., & Kuczmierczyk, A. (1986). *Health Psychology: A Psychobiological*

Perspective. New York: Plenum Press.

Francis-Smythe, J., & Robertson, I. (1999). On the relationship between time management and time estimation. *British Journal of Psychology, 90*, 333-347.

Fried, R. (1990). Integrating music in breathing training and relaxation: II. Applications. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 15 (2)*, 171-177.

Green, J., & Shellenberger, R. (1991). *The dynamics of health and wellness.* São Francisco: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

Hawkins, F. & Klas, L, (1997) Time management as a stressor for helping professionals: implications for employment. *Journal of Employment Counselling, 34* (1), 2–6.

Heimberg, R., & Juster, H. (2000). Tratamientos cognitivos de conducta: revisión de la literatura. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, & F. Schneier, *Fobia Social: Diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 253-298). Provença: Ediciones Martínez Roca.

Holahan, C., & Moos, R. (1987). Personal an contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 52 (5)*, 946-955.

Hough, A. (2001). *Psysiotherapy in Respiratory Care* (3.ª Edição). Cheltenham: Nelson Thornes.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation.* Chicago: University of Chicago Press.

Jesus, S. N. (2002). *Perspectivas para o bem-estar docente.* Porto: ASA Editores II.

Jerlock, M., Gaston-Johansson, F., Kjellgren, K., & Welin, C. (2006). *Coping strategies, stress, physical activity and sleep in patients with unexplained chest pain*. BMC Nursing, 5 (7), 1-10.

Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.

Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and The Coping Process.* New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* New York: Springer.

Macan, T. (1996). Time-management training: Effects on time behaviors, attitudes, and job performance. *The Journal of Psychology, 130*, 229-236.

Macan, T., Shahani, C., Dipboye, R., & Phillips, A. (1990). College students' time management: Correlations with academic performance and stress. *Journal of Educational Psychology, 82 (4)*, 760-768.

Mancini, M. (2003). *Time management.* New York: McGrow-Hill.

Marks, D., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice.* Londres: SAGE Publications.

Martins, A., & Pacheco, A. (2008). Stresse, Gestão do Tempo e Actividade Física: Um estudo em estudantes do ensino superior. *A submeter* .

Martins, A., Jesus, S., & Pacheco, A. (2008). Programa de Intervenção para a Qualidade de Vida do Estudante do Ensino Superior. *Memórias del 6.º Congreso Internacional de Educación Superior.* Havana.

McCay, J. (1959). *The management of time.* Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Moos, L., Cronkite, R., Billings, A., & Finney, J. (1986). *Health and Daily Living Form.* Stanford: Social Ecology Laboratory.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2.ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Owens, E. (1987). Time-saving strategies eliminate management stress. *Data Management, 25(4)*, 15-16.

Pacheco, A., & Martins, A. (2008). Gestão do Tempo e Qualidade das Relações Interpessoais: Fac-

tor Protector de Stresse. *A submeter.*

Pereira, A. (2006). Stress e Doença: Contributo da Psicologia da Saúde na última década. In I. Leal, *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 145-167). Coimbra: Quarteto.

Pitts, M., & Phillips, K. (1998). *Health Psychology: An Introduction.* London: Routledge.

Poveda, J., Iciarte, E., Toro-Lira, E., Rodriguez, R., Poveda, J., & Ramirez, J. (2001). Reduction of stresse by relaxation techniques - Their possible use in the reduction of aggression. *Prevention and control of agression and the impact on its victims*, 289-294.

Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde.* Coimbra: Quarteto.

Sandín, B. (1995). El Estrés. In A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, pp. 4-52). Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B. (1989). Estrés, Coping y Alteraciones Psicofisiológicas. In B. Sandín, & J. Bermúdes, *Processos Emocionales y Salud* (pp. 45-72). Madrid: UNED.

Sirgy, M. J. (2002). *The Psychology of Quality of Life.* Dordrecht: Kluwer Academic Press.

Smith, J. (1999). *ABC Relaxation Theory.* New York: Springer Publishing Company.

Törestad, B., Magnusson, D., & Oláh, A. (1990). Coping Control, and Experience of Anxiety: An International Perspective. *Anxiety Research, 3*, 1-16.

Vitalino, P., Katon, W., Russo, J., Maiuro, R., Anderson, K., & Jones, M. (1987). Coping as an Index of Illness Behavior on Panic Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 78-84.

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA COMO PROPOSTA METODOLÓGICA

Maria da Conceição Pinto Antunes[1]

Resumo

O século xxi caracterizar-se-á, sem dúvida, por um contexto sociocultural e histórico que contribuirá para o aparecimento e incremento de patologias crónicas e muito mais difíceis de tratar do ponto de vista meramente da saúde e dos profissionais da saúde, dado estarem incontornavelmente relacionados com os estilos de vida dos indivíduos. Face a esta realidade a promoção e educação para a saúde só conseguirá bons resultados se alicerçada numa participação activa e consciente das populações e das comunidades. O nosso breve ensaio tem como objectivo levar o leitor a reflectir connosco acerca desta realidade e, simultaneamente, convidá-lo a analisar ou re-analisar uma proposta metodológica, para aquilo que Jacques Delors (1996) considerou ser o tesouro ou a chave de entrada para o século xxi - a educação. Efectivamente, no caso vertente referimo-nos à educação para a saúde.

Palavras-chave

Educação para a saúde; proposta metodológica; participação comunitária.

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA COMO PROPOSTA METODOLÓGICA

1. Educação para a Saúde: uma das concretizações da educação permanente e comunitária

Abordar uma proposta metodológica de promoção e educação para a saúde sem previamente e, ainda que sucintamente, analisar os conceitos de educação e de saúde e as sinergias que entre eles e as suas respectivas praxis se estabelecem, parece-nos um pouco descontextualizado. Assim, dedicaremos este primeiro ponto a enunciar os pressupostos e princípios orientadores desta proposta metodológica que tem como ideário orientador a participação comunitária.

Na actualidade entendemos a educação como "um processo global e sequencial de desenvolvimento da pessoa humana ao longo da sua existência e através das respectivas fases de educação de infância, de educação escolar ou de jovens e educação de adultos" (Dias,1993:6).

Neste sentido, de preparação para a vida, a educação passa a ser entendida como uma dimensão da própria existência que, enquanto um processo de autoconstrução participada, se realiza ao longo da vida em função das experiências factuais e culturais com que nos vamos confrontando. Por outro lado, "todos os seres humanos – crianças, jovens e adultos nos encontramos na respectiva fase de educação permanente e dentro das comunidades de que fazemos parte, interagimos uns com os outros, dessa interacção resulta o processo de desenvolvimento das comunidades que designamos educação comunitária" (Dias,1998:11). Efectivamente, como ensinou Paulo Freire (1975), ninguém educa ninguém, nem ninguém se educa sozinho, os homens se educam em comunhão mediatizados pelo mundo.

1. Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho. **mantunes@iep.uminho.pt**

O processo educativo, enquanto um processo de auto-educação/autoformação participada pressupõe a ideia de um processo de desenvolvimento de todas as capacidades do homem (Dias,1993), sendo o homem o agente da sua própria formação mediante a sua acção e reflexão permanentes. Como muito claramente expõe Pierre Dominicé (1988:61), "o saber de referência está sobretudo relacionado com a maneira como os adultos voltam a trabalhar ou modificam o que os agentes da sua educação quiseram ensinar-lhes. A formação depende do que cada um faz do que os outros quiseram fazer dele. Numa palavra, a formação corresponde a um processo global de autonomização, no decurso do qual a forma que damos à nossa vida se assemelha… ao que alguns chamam de identidade".

Ancorando-nos nas palavras de Dias (1982:34), "só através do processo de educação recíproca e pessoalmente auto dirigida, [a realizar ao longo da vida e nas comunidades de que fazemos parte], poderemos atingir … a plenitude da realização pessoal e a participação plena na comunidade". Isto significa que pela educação vamos construindo progressivamente um projecto de vida cada vez mais enriquecido e equilibrado com maior bem-estar e melhor qualidade de vida, consequentemente com reflexos positivos na saúde. Neste horizonte de compreensão, a saúde é, também, uma questão de educação, por esta razão nos nossos dias a promoção/educação para a saúde é por todos aceite como um factor incontornável para uma melhor qualidade de vida e bem-estar, quer dos indivíduos, quer das comunidades.

Durante muito tempo a saúde foi definida em termos negativos como ausência de doença, sendo esta entendida, exclusivamente, como o conjunto de perturbações físicas ou biológicas passíveis de alterar a homeostasia ou estado de equilíbrio de um organismo. A Organização Mundial de Saúde na Carta Magna de Alma-Ata, na tentativa de unificar critérios face à pluralidade de definições surgidas após a segunda guerra mundial, define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente como ausência de doença ou enfermidade" (OMS,1978:2). Esta definição introduz, pela primeira vez, uma forma positiva de entender a saúde (bem-estar), assim como integra uma perspectiva mais sistémica do ser humano ultrapassando a dimensão meramente física ou biológica e atendendo, outrossim, à sua dimensão mental e social.

Muitos têm sido os autores que criticaram esta definição, H. San Martín (1982), Milton Terris (1987, entre outros, denunciando a carga subjectiva, estática e absoluta do conceito "completo bem-estar". Se bem que a saúde absoluta como a define a OMS não exista, uma vez que dificilmente alcançaremos um estado de completo bem-estar em todas as dimensões da nossa vida, é um facto que, desde então, se tem vindo a relacionar a saúde dos indivíduos cada vez mais com o seu bem-estar físico, mental, social, cultural, espiritual e económico e não tanto com a doença ou com a ausência dela.

Parece-nos, também, importante salientar o facto de o modelo biopsicosocial ser aquele que cada vez ganha mais adeptos na medida em que se aproxima de uma perspectiva sistémica e holista no âmbito da saúde, considerando as múltiplas dimensões da vida humana (física-biológica, emocional-afectiva, noético-intelectual, comunitário-social, espiritual-religiosa, etc.) (Oliveira, 2002).

Relevante e revolucionário na forma de entender a saúde é, ainda, o conceito de promoção da saúde surgido na Carta de Ottawa, decorrente da Primeira Conferência de Promoção da Saúde e definido como "o processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la" (OMS, 1986:2). Pois, explicita-se aqui, pela primeira vez, que o processo de saúde deve centrar-se no ser humano que, para alcançar um estado de bem-estar, deve ser capaz de identificar as suas necessidades e adquirir conhecimentos e competências para alterar as suas atitudes e comportamentos com vista a um estilo de vida mais saudável. Desde então, a saúde tem vindo a ser

entendida, cada vez mais, como um processo capaz de ser controlado e melhorado através da livre e responsável participação individual/comunitária, ou seja, da implicação dos "indivíduos, famílias e comunidades" (Idem:3).

Torna-se cada vez mais evidente que a saúde deve assumir uma dimensão comunitária congregando indivíduos; comunidades; políticas públicas; parcerias sociais; económicas e educativas; estruturas de organização e gestão de recursos; etc. Do mesmo modo a capacitação das pessoas e a participação das comunidades passam a ser entendidos como factores axiais de promoção da saúde e, consequentemente, que a educação é a chave para que a saúde seja um bem acessível a todos, dotando os indivíduos e as comunidades de competências e recursos que lhes permitem controlar e melhorar a sua saúde. Em última análise não há saúde se não há uma política de educação/promoção da saúde que eduque no sentido de as populações adquirirem saberes, conhecimentos e competências que permitam promover o equilíbrio e o bem-estar (Antunes, 2008).

2. Uma Perspectiva Holística face à Educação e à Saúde

Da sucinta exposição realizada aos processos de educação e saúde, evidencia-se claramente que, referindo-se ao ser humano enquanto seu objecto e actor, estes processos exigem, hoje, uma perspectiva holística, uma visão global e integral do homem.

Uma vez tratar-se de um dos mais proeminentes psicopedagogos portugueses e mentor da educação/promoção da saúde comunitária, parece-nos importante salientar que, muito antes do aparecimento desta visão integral e holista do homem que emerge das neurociências com António Damásio (1995), ao demonstrar cientificamente a íntima relação entre a dimensão emocional e a dimensão intelectual, um outro português, João dos Santos, teorizava e agia, na sua praxis pedagógica e clínica, em função do princípio da interacção entre a neurobiologia e a dimensão afectivo-emocional. Referindo-se aqueles com quem e para quem trabalhava e vivia afirma "os problemas da criança têm de ser entendidos num plano de conjunto nos seus aspectos biopsicológicos e socioeducativos (…) "as dificuldades de aprendizagem escolar, são essencialmente consequência do bloqueio e da instabilidade e não da insuficiência intelectual definida em termos métricos "(Santos,1982:75; Santos, 1991b:315).

Releva-se a importância de termos presente o facto de que o "holismo" supõe uma visão global (Oliveira, 2000), uma síntese de todas as partes para a obtenção de um todo que aspira à harmonia (Griffin,1994). Numa perspectiva holista deveremos, então, entender o homem como uma unidade biofisiológica, psicológica, social, cultural e espiritual, cujas dimensões em interligação e interdependência aspiram à homeostasia. O homem é uma unidade resultante de uma complexa interacção multidimensional estabelecendo, também, uma constante interacção com os outros e com o meio ambiente que o envolve. No horizonte de visibilidade do holismo "[…] todos os sistemas são considerados hierarquizados com níveis de organização encaixados a influenciarem-se uns aos outros" (Oliveira, 2002).

Tendo em conta uma perspectiva holista esta unidade - no caso vertente o ser humano - é algo diferente e mais do que a pura soma das partes e para a sua compreensão teremos que ter em conta não só as interacções que se estabelecem dentro dessa mesma unidade como aquelas que essa unidade estabelece com todas as outras existentes no sistema alargado em que vive.

Assumido o pressuposto de que o homem é o protagonista na construção da sua história de vida, o agente activo do seu processo educativo e, consequentemente, do seu estado de saúde, e sendo este afectado em grande parte pelos estilos de vida (mais ou menos saudáveis) adoptados pelos indivíduos, a educação/promoção da saúde surge como um factor incontornável face à viabilidade de maior bem-estar e melhor qualidade de vida.

Não obstante o facto de na Saúde Pública se considerar que o nível de saúde de uma comunidade é determinado pela interacção de quatro variáveis: a biologia humana (genética e envelhecimento), meio ambiente (contaminação física, química, biológica e sócio-cultural), estilo de vida (comportamentos ligados à saúde) e sistema de saúde (cobertura e acessibilidade) (Precioso, 1992), estudos realizados, já na década de sessenta, na Califórnia (Breslow et al, 1965), revelaram que os estilos de vida adoptados (sedentarismo, consumo de álcool e tabaco, excessos alimentares e a não observância da higiene do sono) estão significativamente associados aos riscos de morte nos indivíduos entre os trinta e os sessenta e nove anos.

Estudos posteriores realizados nos EUA confirmaram que os estilos de vida são indissociáveis do risco de morte e que estilos de vida saudável, além de prevenirem mortes prematuras são um factor decisivo para uma boa saúde e, por conseguinte, para uma boa qualidade de vida. (Sanmartí, 1985).

Face a estes dados é natural que a OMS tenha vindo a considerar prioritária a criação e implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes propícios à saúde; a aquisição de competências individuais, o fomento das acções de saúde comunitária e a reorientação dos serviços de saúde. Dito por outras palavras, tenha vindo a promover medidas fomentadoras de acções/programas/projectos de educação/promoção da saúde com o objectivo de assegurar a criação de condições que permitam "a aquisição de saúde por todos" (OMS,1986:6).

A promoção da saúde passa a ser entendida como uma prioridade (OMS, 2000) e na Carta de Banguecoque, assume mesmo o foco central do desenvolvimento das políticas nacionais e internacionais bem como uma responsabilidade de todos os governos na qual devem ter uma participação activa as comunidades, as sociedades civis, as organizações governamentais e não-governamentais (OMS, 2005).

3. Promoção/Educação para a Saúde: a participação comunitária como proposta metodológica.

Sem dúvida, nas últimas décadas os processos e os estilos de vida influem significativamente no nível de saúde das pessoas, dos grupos e das comunidades. Neste sentido, a promoção/educação para a saúde passou a ser entendida como um factor relevante contribuindo favoravelmente no sentido de prevenir, educar, formar e informar para a tomada de decisões responsáveis face a estas situações potencialmente patogénicas. A questão que devemos colocar relaciona-se com o facto de sabermos se a intervenção em promoção/educação para a saúde se tem vindo a revelar eficaz ou profícua.

Convocando Serrano González (1997), diremos que os métodos tradicionais de intervenção educativa fracassaram, pois verificamos que só a informação, que efectivamente é necessária na educação para a saúde, tem pouca influência na mudança de atitudes preventivas. Estes métodos ignorando totalmente o processo de formação, de autoconstrução reflexiva e crítica necessário a um processo de educação, centram toda a acção em programas de transmissão unidireccional e passiva de informação do educador ao educando. Partem do princípio de que a saúde e, consequentemente, a educação para a saúde "é uma problemática que depende dos médicos e do sistema de saúde, enquanto responsáveis pela saúde, que afecta os cidadãos tão só na sua condição de pacientes, como sujeitos portadores ou vítimas de enfermidades e numa situação de total dependência de acções assistenciais externas" (Lucini, cit in Pérrez Enriquez et al, 2003:218).

Estes modelos centram o protagonismo da intervenção educativa nos profissionais de saúde e, partem do pressuposto, que a saúde se consegue aprendendo normas de higiene e de comportamentos acreditando, assim, que a informação é condição necessária e suficiente para modificar hábitos e comportamentos. Ora, a informação não é um processo

educativo, mas sim um instrumento valioso de um processo educativo (Colom,1987), "a formação faz-se na "produção" e não no "consumo" do saber (…), a formação é sempre um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades) e do saber-ser (atitudes)" (Nóvoa,1988:128-9).

A educação para a saúde pressupõe, então, que a informação que se adquire não consista apenas em aumentar e organizar conhecimentos mas, fundamentalmente, em mudar a forma de entender, expressar e viver a vida. Este facto faz com que em educação para a saúde nos deparemos com um objecto de conhecimento complexo e multidimensional e com metodologias e técnicas susceptíveis de compreender, preservar e transformar este fenómeno global que é a actividade humana. Neste sentido, a educação para a saúde deve ser entendida como "uma actividade intencional que requer um programa com a análise da realidade ou definição do problema, objectivos, actividades, conteúdos e definição e avaliação de um método de trabalho" (Serrano González, 1997: 26).

Face ao contexto social-histórico que vivemos, que alterou significativamente as patologias predominantes, fundamentalmente no mundo desenvolvido, patologias, agora, mais graves e mais difíceis de tratar, dado estarem indissociavelmente relacionadas com modos de viver ou estilos de vida, a educação para a saúde só conseguirá bons resultados em promoção da saúde e prevenção se alicerçada numa participação activa e consciente das populações e das comunidades.

A educação para a saúde necessita ser perspectivada, estruturada e trabalhada nos parâmetros da saúde comunitária com recurso a uma planificação local, descentralizada, com base nas reais necessidades de saúde das populações, encarando os agentes sociais como investigadores e actores deste processo de promoção da saúde no sentido da possibilidade de opção livre e consciente por estilos de vida saudáveis. De facto "nenhum programa de saúde é realmente útil se não obtém a aceitação da população e a sua participação activa. O objectivo último dos programas de saúde (…) deve ser educativo. O mais importante é mudar favoravelmente hábitos, crenças e atitudes da população em matéria de saúde para que os bons preceitos sejam incorporados nos meios de vida do grupo" (San Martin et al, 1988:51).

Num programa de saúde comunitária os cidadãos são os agentes principais, sujeitos activos que participam e se envolvem nas dinâmicas e nos processos de educação e promoção da saúde. Assim, a saúde comunitária tem como idiossincrasia básica uma intervenção baseada na participação da comunidade, um processo interactivo de conquista de autonomia por parte das populações que tomando consciência dos seus problemas e necessidades, em termos de saúde, e rentabilizando os seus conhecimentos, competências e recursos tomam a iniciativa do processo de promoção da saúde melhorando os seus níveis de bem-estar e de qualidade de vida.

Sem dúvida "participar significa por parte da comunidade uma tomada de consciência espontânea e/ou suscitada dos próprios problemas e interesses; compreensão da realidade e das situações-problema, organização, cooperação e responsabilidade, implicação e espírito de iniciativa na resolução dos problemas e promoção da qualidade de vida" (Antunes, 2008:84).

No entanto a aspiração à participação requer condições para que essa participação se torne efectiva, ou seja, pressupõe a necessidade de promover mecanismos de motivação, dinamização e auto-organização da comunidade pois, para participar as pessoas necessitam estar motivadas e mudar as suas atitudes. A simples transmissão de conhecimentos não resolve o problema (San Martin, 1988). Requer, outrossim, uma optimização dos recursos existentes (humanos, sociais, educativos, sanitários, técnicos, económicos) e a criação de novos, sua dinamização, coordenação e articulação com outros que se revelem necessários.

É importante salientar que a ideia nodal desta proposta metodológica é a organização para a acção, partindo da hipótese básica de que as mudanças desejadas pela comunidade se podem obter através do esforço consciente da população, qualquer que seja a sua condição económica ou cultural (Idem). Partindo deste princípio o programa de intervenção integra como propósito fundamental a capacitação das pessoas na tripla dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades) e do saber-ser (atitudes), procurando implicá-las em todas as fases do processo, desde a tomada de consciência das necessidades e interesses à busca de soluções, passando pela planificação, implementação e avaliação das actividades a realizar.

Na dinâmica desta proposta metodológica não podemos esquecer, também, o papel fundamental e prioritário do educador de saúde – a mediação de todo este processo de intervenção. No âmbito da interacção educador - agentes sociais este processo de mediação de interesses e realidades socioculturais diferenciadas assume quatro concretizações essenciais: comunicar - informar - formar – emancipar. Efectivamente, cabe ao educador comunitário saber ouvir a população e saber interpretar as suas necessidades e aspirações educacionais em matéria de saúde, assim como apurar os conhecimentos, saberes crenças e costumes que constituem a sua cultura e tornam significativas as suas atitudes e acções. Durante este período de investigação do contexto de intervenção a sua tarefa fundamental é incitar, sensibilizar e motivar as populações à mobilização e participação activa em acções/programas/projectos de educação /promoção da saúde.

Do mesmo modo é sua função informar os agentes sociais das medidas e acções existentes, das possibilidades de intervenção, das formas e mecanismos de organização e acção para a defesa dos interesses e resolução dos problemas da população (Raimundo, 2003). A mediação entre interesses e realidades culturais diferenciadas (a do educador e dos agentes sociais, a da comunidade local e a das políticas centrais) concretiza-se, assim, numa comunicação dialógica, empática interactiva e significativa, num intercâmbio de informações, conhecimentos e experiências que são descodificadas e traduzidas no sentido de serem integralmente compreendidas enriquecendo todos e cooperando no sentido de se alcançar uma consciência comum para se poder passar à acção.

Na medida em que a participação pressupõe a capacitação dos agentes sociais a tarefa do educador passa muito por promover informação e formação para que a população esteja na posse dos procedimentos de trabalho necessários à intervenção. Nesta função educativa/formativa proporcionam-se condições de desenvolvimento, de emancipação das pessoas que com a aquisição de novos conhecimentos e novas competências conseguem enfrentar os problemas e resolvê-los ou, pelo menos, atenuá-los. Nesta tarefa o educador deve partir e valorizar, sempre, o saber e a cultura endógena da população e com base nos seus sistemas de valores, saberes, necessidades e expectativas trabalhar, educar e formar no sentido de uma verdadeira emancipação das pessoas e das comunidades pois, educar para a saúde significa promover a capacidade crítica para a autêntica criatividade pessoal e social em todos os campos da vida e, em específico, no da saúde (Serrano González, 1990).

O conhecimento que se produz é produto de uma co-construção, de uma confrontação de pontos de vista, onde educador e educandos, a partir dos seus saberes e da sua investigação contribuem com as suas informações e experiências.

O conhecimento constrói-se mediante a confrontação de perspectivas e, de um modo muito particular, entre a perspectiva da população que expressa "um pensamento de forte carácter existencial, próximo da vida, mais vivido do que pensado", e a perspectiva do educador que expressa "um pensamento empírico/lógico/racional que se polariza no objectivo, utiliza instrumentos, vale-se de uma série de meios de controle lógico/empírico e se traduz de uma maneira abstracta, buscando formulações gerais" (Ander-

Egg,1990:84).

É no confronto de perspectivas que todos se vão enriquecimento aumentando os seus conhecimentos e adquirindo destrezas rumo a uma acção transformadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDER-EEG, E., (1990). Repensando la Investigación-Acción-Participativa. México: Editorial El Ateneo.

ANTUNES, M.C. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Edições Almedina.

COLOM, CANELLAS, A. J. (1987). *La Educación como Sistema*. Barcelona: Ed. Castillejo.

DAMÁSIO, A. (1995). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Mem-Martins: Publicaçõe

s Europa-América.

DIAS, J.R. (1993). Filosofia da Educação. Pressupostos, Funções, Método, Estatuto. In *Revista Portuguesa de Filosofia*, 49, pp.3-28.

DIAS, J. R. (1998). A Procura da Sabedoria. In Dias, J.R. e Araújo, F. (org). *Filosofia da Educação: Temas e Problemas*. Braga: CEEP – Universidade do Minho.

DIAS, J. R. (1982). *A Educação de Adultos. Introdução Histórica*. Braga: CEEP – Universidade do Minho.

DOMINICÉ, P. (1988). O Processo de Formação e alguns dos seus Componentes Relacionais. In NÓVOA, A (1988). In Nóvoa, A. & Finger, M. (Org). *O Método (Auto) Biográfico e a Formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.pp. 53-61.

GRIFFIN, A. (1994). Holismo na Enfermagem: o seu significado e valor. In *Revista Nursing,* 82, pp.20-22.

NÓVOA, A (1988). A Formação Tem Que Passar Por Aqui: As Histórias de Vida no Projecto Prosalus. In Nóvoa, A. & Finger, M. (Org). *O Método (Auto) Biográfico e a Formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.pp.109-130.

OLIVEIRA, C. (2002). Holismo: Aprender e Educar. In *Actas do I Congresso Internacional de Filosofia da Educação*. Porto: Universidade do Porto.

OLIVEIRA, C. (2002). Perspectivas Holistas na Educação para a Saúde. In *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación.* N.º6, vol 8, pp.39-46.

OMS, (1978). *Declaração de Alma-Ata. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata,URSS.

OMS, (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Cuidados Primários de Saúde*. Ottawa, Canadá.

OMS, (1997), *Declaración de Yacarta sobre Promoción da la Salud en el Siglo xxi. Adaptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción da la Salud*. Yacarta.

OMS, (2000). *Plano Europeo de Actuación sobre Alcohol. 2000-2005*. Madrid: Ministério de Sanidad Y Consumo.

OMS, (2005). *Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Banguecoque, Tailândia.

PÉRREZ ENRÍQUEZ, M., DAPÍA CONDE, M. (2003). A Educación para a Saúde Dende os Departamentos de Orientación dos Centros Públicos de Educación Secundaria Obrigatória da Província de Ourense. In *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, n.º 7, vol.9,

pp. 217 –

RAIMUNDO, H (2003). Os Educadores Comunitários, a Globalização e a Felicidade. Afinal o que Temos a Ver com Isto? In *Actas do I Congresso Ibero-americano e Africano de Educação de Adultos e Desenvolvimento Comunitário*. Vila Real de Stº António: Câmara Municipal de Vila Real de Stº António. pp. 63-73.

SANTOS, J. (1982). *A Caminho de uma Utopia. Um Instituto da Criança*. Lisboa: Livros Horizonte.

SANTOS, J. (1991b). *Ensaios sobre Educação II. O Falar das Letras*. Lisboa: Livros Horizonte.

SANMARTÍ, L. S. (1985). *Educación Sanitária. Princípios, Métodos y Aplicaciones*. Barcelona: Ediciones Diaz de Santos.

SAN MARTIN, H, PASTOR, V. (1988). *Salud Comunitária. Teoría e Práctica.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

SERRANO GONZÁLEZ, M. I. (coord). (1997). *La Educación para la Salud del Siglo xxi*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

SERRANO GONZÁLEZ, M. I. (1990). *Educación para la Salud y Participación Comunitaria* . Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: O PROJECTO "BEM-ME-QUER"

Maria da Conceição Pinto Antunes[1]

Resumo

Com este breve ensaio pretendemos expor e partilhar uma experiência que consideramos um exemplo de boas práticas concernente a um projecto desenvolvido no âmbito da promoção e educação para a saúde.

O projecto decorreu do interesse que, desde a sua génese, a Licenciatura em Educação da Universidade do Minho manifesta em promover iniciativas de educação não-formal, envolvendo as instituições e comunidades locais.

Para a sua concretização a Universidade do Minho estabeleceu parceria com o Centro de Saúde e a Escola EB1 de Vieira do Minho.

Palavras-chave

Promoção/educação para a saúde; experiências de educação não-formal.

EXPOSIÇÃO DO PROJECTO[2]

O projecto "Bem-Me-Quer" foi um projecto desenvolvido no âmbito de um estágio curricular (5.ºano) da Licenciatura em Educação, na área de pré-especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, da Universidade do Minho que decorreu durante seis meses no Centro de Saúde de Vieira do Minho.

Este projecto, como todos os que temos vindo a desenvolver neste âmbito, surge do interesse que a Licenciatura em Educação tem em promover actividades educativas envolvendo as comunidades locais através de iniciativas de educação não-formal.

Para viabilizar o projecto, a Universidade do Minho estabeleceu parceria com o Centro de Saúde e a Escola EB1, ambas as instituições de Vieira do Minho.

O projecto desenvolvido no âmbito da promoção e educação para a saúde visando a alimentação saudável, integrou um trabalho de intervenção com um grupo de diabéticos utentes do Centro de Saúde e um grupo de alunos a frequentarem o 3.º e 4.º anos da escola EB1 de Vieira do Minho.

SINALIZAÇÃO DO PONTO DE PARTIDA E DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

O projecto "Bem-Me-Quer" procurou ser um projecto inovador rompendo com as tradicionais práticas de educação para a saúde baseadas no modelo informativo que enfatizando demasiado os conteúdos e acentuando fortemente a iniciativa do profissional de saúde educador se concretizavam em intervenções pontuais de pedagogia transmissora e bancária (Freire,1975) de comunicação unidireccional educador-educandos. Cientes de

1. Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho. **mantunes@iep.uminho.pt**

2. O projecto "Bem-Me-Quer" foi concebido, implementado e avaliado pela aluna Diana Cristina Alves Barros, no âmbito do seu estágio curricular (5.ºano) da Licenciatura em Educação, na área de pré-especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária. A orientação e supervisão do estágio esteve a cargo da docente Doutora Maria da Conceição Pinto Antunes.

que o recurso ao profissional de saúde e à informação por si sós não modificam os hábitos e os comportamentos procurámos implementar uma intervenção assente na implicação e participação dos sujeitos-actores levando-os à conscientização de que são os protagonistas deste processo que visa estilos de vida mais saudáveis.

Para podermos definir uma estratégia de concepção e planificação, começámos por levar a cabo uma investigação/avaliação diagnostica, uma análise de necessidades que, desenvolvida no contacto directo com a realidade onde pretendíamos intervir nos permitisse "produzir objectivos válidos e fornecer informação útil para decidir sobre os conteúdos e as actividades de formação" (Rodrigues et al, 1993:20). Apropriando-nos das palavras de Ander-Egg (1990), nesta fase procurámos investigar o que deveríamos conhecer para podermos actuar, ou seja, descobrir as necessidades e problemas da população-alvo; os centros de interesses que a motivam e mobilizam; os obstáculos que poderíamos encontrar e os recursos de que poderíamos dispor e/ou rentabilizar.

Neste processo avaliativo, entre as técnicas de recolha de dados utilizadas podemos destacar as conversas informais com alguns informantes-chave (Directora do Centro de saúde, Delegada de Saúde, enfermeira-chefe e outros funcionários do Centro de saúde, professoras e equipa da saúde escolar) e com alguns utentes e crianças que nos permitiram conhecer as necessidades, os interesses e as expectativas dos agentes-actores, assim como integrarmo-nos na dinâmica das instituições. A observação directa que realizámos aos utentes diabéticos quando estes efectuavam a rotineira medição de diabetes no gabinete de enfermagem foi também "particularmente útil para descobrir se as pessoas fazem o que dizem ou se se comportam da forma como afirmam comportar-se (Bell, 2002:141). A observação participante que desenvolvemos também não só na fase de análise de diagnóstico mas ao longo do decurso do projecto permitiu observar comportamentos, formas de ser e de estar da população-alvo "esforçando- [nos] por perturbá-los o menos possível" (Quivy et al,1998:197), proporcionou uma grande aproximação aos agentes-actores e às suas vivências. A análise documental foi também significativa, uma vez que forneceu dados muito importantes, quer relativamente aos doentes diabéticos, quer relativamente às crianças.

A análise diagnostica realizada revelou a necessidade de trabalhar com:

- os diabéticos, sensibilizando-os e levando-os a compreender, de uma forma não imposta a importância de uma alimentação equilibrada para o aumento do seu bem-estar e qualidade de vida;
- as crianças, sensibilizando-as para a importância de uma alimentação e hábitos de higiene saudáveis para um crescimento óptimo.

PÚBLICO - ALVO, FINALIDADE E OBJECTIVOS DO PROJECTO

Assim, o Público-alvo do projecto integrou um grupo de diabéticos utentes do Centro de Saúde de Vieira do Minho e um grupo de crianças (três turmas) a frequentarem o 3.º e 4.º anos da EB1 de Vieira do Minho.

Apurados os níveis de desajustamento entre a situação vivida pelo público-alvo e a situação desejada, as necessidades e os recursos existentes, procurámos delinear uma finalidade para a nossa intervenção enquanto aquela directriz que deveria indicar "a razão de ser do projecto e a contribuição que ele pode trazer aos problemas e às situações que se torna necessário transformar" (Guerra, 2002:163).

Tendo em conta os dados que recolhemos delineámos como finalidade do nosso projecto - Promoção de atitudes saudáveis, incentivando a alteração de hábitos e comportamentos de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida .

Como Randolph et al referem "os objectivos são princípios de orientação que norteiam os esforços da equipa, desenvolvidos no sentido de contribuírem para se alcançar o alvo do projecto (1992, 29), neste sentido procurámos delinear juntamente com os agentes sociais envolvidos, os princípios orientadores da nossa intervenção de modo a alcançarmos a finalidade traçada fixando como indicadores da acção os seguintes objectivos:

Para os utentes diabéticos do Centro de Saúde:

- Promover o incentivo à responsabilidade com vista à conquista de uma melhor saúde e bem-estar;
- Diagnosticar os hábitos alimentares;
- Levar a compreender a importância da mudança de hábitos alimentares e comportamentais;
- Promover hábitos de alimentação saudáveis.

Para as crianças:

- Promover hábitos alimentares e de higiene saudáveis promotores de um crescimento saudável;
- Diagnosticar hábitos alimentares e de higiene;
- Promover hábitos de alimentação saudáveis;
- Promover práticas de higiene corporal e oral adequadas.

METODOLOGIA

Corroboramos a ideia de que "falar de educação significa falar da promoção da capacidade crítica com vista a uma autêntica criatividade pessoal e social em todos os campos da vida e em específico da saúde (González, 1990:43) e, neste sentido, entendemos que a responsabilidade, o compromisso e a participação activa no nosso processo de vida são estruturas fundamentais de um estilo de vida saudável.

Nesta linha de pensamento optámos por uma metodologia de investigação-acção-participativa enquanto processo colectivo de investigação e intervenção sobre a realidade, visando a produção de conhecimento ligada à modificação de uma dada realidade social, com a participação de todos (Ander-Egg,1990).

Assim, como é pressuposto nesta metodologia, o nosso ponto de partida assentou numa prática real concreta - problemas de saúde dos intervenientes - e investimos no sentido de estes agentes sociais se constituírem "sujeitos" do conhecimento, fundamentalmente, com vista a uma transformação, um maior bem-estar e melhor qualidade de vida. Procurámos, assim, implicar os sujeitos-actores em todos os momentos do projecto desde a análise das necessidades, à planificação, implementação e avaliação das acções que decidimos levar a cabo. Convidámo-los e incentivámo-los a investigar acerca dos problemas com que se confrontavam e partilhámos com eles informações, conhecimentos e técnicas que lhes permitissem resolvê-los ou, pelo menos, atenuá-los, procurando deste modo intervir no sentido de modificar e (trans)formar comportamentos, atitudes e estilos de vida.

Como em qualquer investigação sentimos necessidade de proceder a uma recolha de informação prévia que nos fornecesse dados e orientações acerca do tema, contexto, e público-alvo da intervenção. Recorremos, então, à técnica da pesquisa documental, analisando "bibliografia tornada pública relativamente ao tema em estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, monografias, material cartográfico, etc." (Marconi et al, 1999:73).

Durante o período de investigação diagnostica, como o objectivo era conhecer e compreender atitudes e comportamentos, essencialmente, alimentares, recorremos a uma metodologia qualitativa lançando mão da observação directa e da observação participante, técnicas que nos permitiram experienciar as vivências e práticas quotidianas dos agentes sociais com quem pretendíamos trabalhar. As conversas informais constituíram uma mais valia muito significativa, na medida em que encerram grandes potencialidades investigativas uma vez que podem "ser orientadas e deslizar segundo tópicos aparentemente surgidos no diálogo espontâneo onde a hierarquização entre investigador e investigado se dilui necessariamente e onde este se sente com grande liberdade de expressão, podendo adicionar ideias, opiniões e representações que podem ser úteis ao estudo" (Silva, 2004:317).

Na fase de implementação investimos muito na metodologia do "aprender fazendo", implicando os intervenientes em actividades cujo objectivo residia na procura da sensibilização, responsabilização e interiorização de informações e conhecimentos que conduzissem a trans(formações) atitudinais e comportamentais.

A avaliação contínua a que fomos submetendo as intervenções realizadas, revelou-se um excelente instrumento de regulação e auto-correção, permitindo re-orientar a nossa acção sempre que verificávamos que as acções não tinham alcançado o resultado e impacto esperados. Na recolha de dados de avaliação recorremos à observação, ao registo fotográfico e ao inquérito por questionário enquanto técnicas que nos permitiriam apurar a aquisição de competências pessoais e mudanças de comportamentos face à adopção de um estilo de vida mais saudável.

PLANO DE INTERVENÇÃO

Após termos efectuado as diligências necessárias com a equipa da Direcção do Centro de Saúde e com as professoras da Escola EB1 de Vieira do Minho, ficou acordado que a nossa intervenção no Centro de Saúde integraria dois grupos de utentes diabéticos e decorreria ao longo de duas manhãs por semana (uma para cada grupo). Na escola dirigiríamos a nossa intervenção para três grupos de crianças destinando duas horas por semana para cada grupo.

A nossa intervenção procurou que, para o nosso público-alvo, o Centro de Saúde se revestisse de um contexto de educação não-formal, onde os intervenientes, de uma forma participativa e responsável mas informal e descontraída adquirissem conhecimentos e desenvolvessem competências que lhes permitissem optar livremente por comportamentos conducentes a um estilo de vida mais saudável.

Com as palavras de Rodrigues et al diremos que nos implicámos no sentido de "abordar as questões da saúde numa perspectiva alargada, multidisciplinar, respeitando o conceito de saúde integral da pessoa ao longo do ciclo vital, dando amplitude máxima à promoção da saúde, nas suas vertentes de educação, de prevenção e de protecção, tendo em conta os múltiplos determinantes do comportamento e da saúde" (2005:25).

Assim, procurámos num primeiro momento compreender hábitos, comportamentos e atitudes e, para tal, empreendemos actividades de escuta verdadeira aprendendo deste modo "lições de paciência, coragem, abnegação e altruísmo em histórias de vida relatadas quantas vezes de olhos virados para o chão" (Oliveira, 2004: 50).

Depois de termos criado um ambiente de confiança e empatia onde nos fomos dando a conhecer e fomos tomando conhecimento da realidade bio-psico-social dos intervenientes iniciámos, então, um conjunto de actividades sempre protagonizadas pelos agentes sociais implicados (sessões de pesquisa, exposição, debate, reflexão, partilha de experiências, visionamento de videogramas, etc.) no sentido de alertar, prevenir e informar para a

importância da alteração de determinados comportamentos para a promoção da saúde e a obtenção de um maior bem-estar e melhor qualidade de vida.

Procurámos, assim, que o Centro de Saúde se reorientasse no sentido de dar voz às populações, que a comunidade adquirisse as competências necessárias a uma intervenção efectiva na sua própria vida e que os profissionais repensassem e se necessário reformulassem a sua forma de trabalhar (Navarro, cit in Precioso et al, 2000). Implicámo-nos de forma a levar os agentes sociais a compreenderem que são os responsáveis pela sua própria saúde atendendo às suas necessidades e ajudando-os a modificar e/ou repensar os seus estilos de vida, não apenas dando informações mas envolvendo-nos em ajudá-los na modificação dos contextos em que viviam.

No que concerne à intervenção dirigida às crianças, não obstante ter decorrido no espaço escolar, ela foi dinamizada nos contornos de uma intervenção pela animação sociocultural, uma forma de educação não-formal aberta, centrada nos interesses e necessidades das crianças que procurou a participação, a vida associativa e a preocupação pela melhoria da qualidade de vida (Quintas et al, 1995).

Esforçámo-nos no sentido de "despertar consciências" para que as crianças de forma esclarecida e voluntária começassem a optar por comportamentos saudáveis. Assim, num primeiro momento procurámos conhecer os hábitos e comportamentos alimentares e de higiene das crianças e, partindo da realidade existente, criar uma consciência cultural colectiva no sentido de sensibilizar e informar para a possibilidade de optar por comportamentos conducentes a um estilo de vida saudável.

De seguida demos lugar a momentos de diálogo e de negociação onde as competências de relação interpessoal, escuta, respeito pelo outro, negociação, trabalho em equipa foram muito trabalhadas na concepção das actividades a implementar.

Não obstante o facto de nos centrarmos muito na metodologia do "aprender brincando", a nossa intervenção não foi puro entretenimento ou mero lazer, procurando gerar processos de participação e implicação efectiva das crianças, proporcionámos momentos de verdadeira acção pedagógica promotores da transformação dos seus comportamentos alimentares e de higiene. Respeitando os seus conhecimentos e os seus ritmos, com as actividades implementadas tentámos criar, com as crianças um contexto de "resposta às necessidades e interesses individuais, proporcionando espaços de realização pessoal, de encontro, de relação pessoal (…) uma oportunidade privilegiada de participação cívica" (Neves et al, 1995:20). Demos às crianças o protagonismo de toda a intervenção, reservando para nós o papel de favorecedores de uma auto-educação participada, onde os agentes sociais tinham a possibilidade de fazer as suas próprias escolhas. Nesta dinâmica as crianças tiveram a oportunidade de construir a roda dos alimentos, elaborar ementas saudáveis, redigir um livro de sopas, cozinhar uma sopa que foi depois o almoço de todos, realizar actividades de higiene oral e corporal, etc.

AVALIAÇÃO

Como todos os projectos, também o nosso teve um plano de avaliação que se estruturou em função do desenho do projecto e foi acompanhado de mecanismos de auto-controlo que permitiram ir conhecendo os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir trajectórias sempre que estas eram indesejáveis (Guerra, 2002).

Citando Nóvoa (1993: 127), "avaliar é comparar um fenómeno observado com um referencial (…) confrontar a realidade com o que é 'desejado' ou 'esperado'. Para compararmos a realidade do ponto de partida e a realidade de ponto de chegada, inteirando-nos do êxito ou ineficácia das actividades empreendidas e, consequentemente, da necessidade ou não da sua reorientação, assim como saber se os objectivos tinham e

até que ponto tinham sido atingidos, procedemos a uma avaliação de tipo transversal, ou seja, que abrangeu todas as fases do projecto.

Considerando todos os intervenientes e, em especial, os protagonistas da intervenção, optámos por uma metodologia participativa que recolhesse dados relativamente a estes sujeitos-actores. Uma vez que pretendíamos avaliar comportamentos e atitudes privilegiámos uma metodologia qualitativa recorrendo à observação directa, conversas informais, debate em grupo, entrevista e inquérito por questionário.

Iniciámos por realizar uma avaliação de diagnóstico para conhecer o contexto sobre o qual iria incidir o projecto, procurando conhecer as necessidades, os interesses, os recursos e as expectativas do público alvo.

No decorrer do projecto procedemos a uma avaliação contínua no sentido de nos ajudar "a fazer o ponto da situação, a manter uma linha de rumo, a formular hipóteses, a propor alternativas viáveis, a identificar os riscos potenciais, a pôr em prática as correcções necessárias…" (Idem:124).

Após a conclusão do projecto efectuamos uma avaliação final, através de observação directa, conversas informais e inquérito por questionário que se revelou muito positiva evidenciando mudanças de atitudes, comportamentos e hábitos pró-activos com vista a um estilo de vida mais saudável.

Com o grupo dos diabéticos, a observação directa e as conversas informais revelaram que este grupo de nove utentes passou a abordar e a enfrentar com mais optimismo a doença, empenhando-se em minimizá-la, adaptando e alterando os seus hábitos tendo como objectivo uma melhor qualidade de vida.

As conversas informais revelaram que, embora de curta duração, esta intervenção foi muito positiva uma vez que adquirindo informações "fiquei a saber coisas que nunca ninguém me tinha explicado" (utente C), "aprendi muito sobre a minha doença e a da minha esposa, podendo, assim, ajudá-la" (utente D). Principalmente interiorizando a ideia de que eram os principais responsáveis pela sua saúde, estes utentes foram procurando mudar os seus comportamentos e hábitos "no início foi muito difícil habituar-me a comer seis vezes ao dia, mas agora sinto-me muito melhor" (utente A).

Da análise e comparação dos inquéritos por questionário que ministrámos no início e no final do projecto (Outubro 2005 e Março 2006)[3] podemos verificar uma (trans(formação) efectiva nos hábitos e comportamentos destes utentes. Os dados revelam que no final do projecto "todos os utentes comem seis vezes por dia procurando basear as suas refeições de acordo com a roda ou pirâmide dos alimentos" o que não acontecia no início do projecto. "Todos tomam uma refeição ligeira antes de deitar" (leite, iogurte ou chá com bolachas) enquanto no início do projecto nenhum o fazia. Enquanto no início do projecto apenas três dos nove utentes caminhavam (20 minutos por dia) no final da intervenção todos o fazem, oito durante trinta minutos e um utente durante uma hora por dia.

No que concerne à intervenção realizada na Escola EB1 ministrámos um inquérito por questionário às professoras[4]. Relativamente à primeira questão que indagava sobre a pertinência da nossa intervenção, as professoras foram unânimes em considerar a intervenção "muito pertinente, pois há necessidade de apelar a uma alimentação e higiene adequadas" (A), "porque uma alimentação variada e equilibrada e uma boa higiene oral são fundamentais para preservar o nosso estado de saúde" (B). No que concerne à questão

3. Tendo em conta o tipo de documento em que apresentamos o projecto, devido ao limite da páginas não nos é possível apresentar os inquéritos abertos ministrados aos utentes.

4. Tendo em conta o tipo de documento em que apresentamos o projecto, devido ao limite da páginas não nos é possível apresentar os inquéritos abertos ministrados às professoras.

que pretendia avaliar se este tipo de intervenção representava uma mais-valia para os alunos as respostas foram também todas positivas "sim porque este tipo de actividades é motivador para os alunos fomentando neles estilos de vida saudáveis" (A), "sim o trabalho de projecto e pesquisa são óptimas ferramentas para promover nos alunos o gosto pela descoberta e, portanto, pelo conhecimento" (B). Quando questionámos se tinham verificado algumas alterações no comportamento das crianças as professoras responderam "sim, agora os alunos têm mais cuidado em relação ao lanche e à higiene. Verifiquei que, desde então, lavam os dentes todos os dias" (A). "Sim, começaram a trazer como lanche menos bolos, batatas fritas, refrigerantes, etc. Ficaram sensibilizados dos perigos para a saúde quando estes alimentos são consumidos em excesso" (B). Quando lhes foi solicitada a opinião relativamente à pertinência deste tipo de actividades e se as mesmas vão de encontro à necessidade actual das escolas portuguesas as professoras responderam também afirmativamente "sim, é muito importante apostar na formação das nossas crianças em relação a estas temáticas, pois as crianças agem como correio de transmissão na mudança de atitudes dos outros, começando pela própria família"(A). "Sim, penso que o problema relacionado com a má alimentação, está muito presente nos nossos alunos em geral. Deste modo é necessário proceder a mudanças de atitudes. É educando os nossos alunos e conversando com eles que conseguimos algumas mudanças no seu regime alimentar, por sua vez eles são óptimos transmissores de conhecimento junto dos pais" (B).

No sentido de aferir se este tipo de intervenção se repercutiu nos hábitos, atitudes e comportamentos dos alunos, aplicámos um inquérito por questionário aos pais dos alunos, no início das actividades (Outubro 2005) e no fim das mesmas (Março 2006).

Tabela 1. Resultados dos inquéritos por questionário (aos pais)

	Respostas	Questionário aplicado em Novembro/05		Questionário aplicado em Março/06	
		(N.º de respostas)	Percentagem	(N.º de respostas)	Percentagem
1. O que costuma comer o seu filho ao pequeno-almoço?	Leite	15	25%	0	0%
	Pão com manteiga ou torrada e leite	20	34%	25	42%
	Leite com cereais	24	41%	35	58%
2. O que costuma levar o seu filho para o lanche da escola?	Peça de fruta e pão	12	20%	30	50%
	Pão e iogurte	3	5%	3	5%
	Pão	30	51%	27	45%
	Bolo	10	17%	3	5%
	Bolicao	4	7%	0	0%
3. Quantas refeições faz o seu filho por dia?	3	10	17%	10	17%
	4	24	41%	9	15%
	5	25	42%	10	17%
	6	0	0%	31	52%
4. O seu filho come sopa?	Sim	30	51%	48	80%
	Não	11	19%	4	7%
	Às vezes	18	31%	8	13%
5. Dê um exemplo de refeição de almoço ou jantar que o seu filho costuma fazer.	Carne ou peixe, arroz ou massa ou batata	59	100%	60	100%
	Salada ou legumes	13	22%	48	80%
	Sopa	30	51%	48	80%
6. O seu filho, no seu entender, faz uma alimentação correcta?	Sim	48	81%	55	92%
	Não	11	19%	5	8%
Se não diga porquê.		Comem poucos vegetais e fruta. Adoram guloseimas e refrigerantes			
7. O seu filho lava os dentes todos os dias?	Sim	40	68%	50	83%
	Não	19	32%	10	17%
Se sim, quantas vezes?	Às vezes	19	32%	10	17%
	Uma	16	27%	11	18%
	Duas	20	34%	39	65%
8. O seu filho tem o devido cuidado com a sua higiene oral e corporal?	Sim	40	68%	56	93%
	Não	19 (*)	32%	4 (**)	7%

(*) São muito preguiçosos. É preciso andar sempre a chamar a atenção. "Se nunca o mandar, nunca se lava"
(**) São muito preguiçosos. Ultimamente melhoraram nesse aspecto, embora seja necessário lembrar-lhes.

Dos 66 inquéritos entregues, foram devolvidos aquando do início da intervenção 59 e 60 no final da mesma.

Pela análise dos dados da tabela 1, verificamos a importância deste tipo de actividades junto da população escolar, reflectindo-se nas alterações de atitudes e comportamentos manifestados ao longo de todo o projecto.

Tal como foi reconhecido pelas professoras, os alunos passaram a ter mais cuidado com os lanches que levam para a escola, no início 20% levavam uma peça de fruta e pão, agora 50% também o fazem, 17% levavam bolos, agora, apenas 5% o fazem, 7% levavam

bolicao, agora, ninguém o faz. Para além do lanche que levam de casa, também tomam o leite dado na escola, à excepção dos 5% que levam pão e iogurte.

Também se verifica que anteriormente comiam, saladas e legumes apenas 22%, agora 80% já o faz. Anteriormente apenas 51% comia sopa, agora 80% já o faz.

Ao perguntar aos pais se os seus filhos fazem uma alimentação correcta, no questionário inicial, 80% diz que sim, no fim da intervenção, responderam afirmativamente em 92% dos casos. Ao justificarem porque não o fazem (19% no inicio e 7% no final), em ambos os momentos, dizem que os seus filhos comem poucos vegetais e fruta e que adoram guloseimas e refrigerantes.

Relativamente à higiene oral e corporal os comportamentos melhoraram muito, e de um modo muito particular, no que concerne à higiene oral. Relativamente à escovagem dos dentes, 32% não o fazia, agora, apenas 17% não o faz. No início apenas 34% escovava os dentes duas vezes por dia, agora, 65% já o faz. Quanto à questão se o filho tem o devido cuidado com a higiene oral e corporal, a resposta foi afirmativa em 68% e 93%, no início e no fim da intervenção, respectivamente. No caso de resposta negativa, os motivos apontados foram a falta de cuidado e a preguiça, dizendo que é preciso chamar sempre à atenção.

Tendo em conta os resultados poderemos dizer que as actividades desenvolvidas ao longo do projecto foram de encontro às necessidades do público-alvo e conseguiram sensibilizar e promover hábitos, atitudes e comportamentos promotores de uma melhor qualidade de vida.

Efectivamente, os dados obtidos evidenciam mudanças atitudinais e alterações comportamentais muito significativas no que concerne a um estilo de vida mais saudável. Não obstante, estamos conscientes de que o impacto social do projecto só será passível de ser verdadeiramente avaliado a médio e longo prazo, através da constatação da manutenção deste tipo de comportamentos pró-activos e promotores de um estilo de vida mais saudável … que estamos convictos exigirá uma intervenção sistemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDER-EGG, E., (1990). *Repensando la Investigación- Acción Participativa*. México: Editorial Ateneo.

BELL, J. (2002). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.

FREIRE, P. (1975). *Pedagogia do Oprimido*. Porto: Afrontamento.

GUERRA, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção. O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia.

GONZÁLEZ, I.(1990). *Educación para la Salud y Participación Comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos S. A.

MARCONI, M. & Lakatos, E.. (1999). *Técnicas de Pesquisa: Planeamento e Execução de Pesquisas; Amostragens e Técnicas de Pesquisa; Elaboração, Análise e Interpretação de Dados*. S. Paulo: Editora Atlas.

NEVES, A. et al, (1995). *Animação Comunitária*. Porto: Edições Asa.

NÓVOA, A., et al (1993). *Avaliações em Educação. Novas Perspectivas*. Porto: Porto Editora.

OLIVEIRA, C. (2004). *Auto-Organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne Editora.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L.V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

QUINTA, S. & SÁNCHEZ, M. (1995). *Para comprender La Animacion Sociocultural*. Navarra: EVd.

RODRIGUES, A., ESTEVES, M. (1993). *Análise de Necessidades na Formação de Professores.* Porto: Porto Editora.

RODRIGUES, M. et al (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.

SILVA, E. (2004). *O Burocrático e o Político na Administração Universitária. Continuidades e Rupturas na Gestão dos Recursos Humanos*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho.

QUEM É MAIS BELA DO QUE EU? REVISTAS PARA JOVENS ADOLESCENTES E A IDEALIZAÇÃO DO CORPO

Sara Magalhães[1], Luísa Saavedra[2] & Conceição Nogueira[3]

Resumo

Tal como tem vindo a ser defendido por diversos autores e autoras o corpo e toda a sua performatividade é um alvo privilegiado da cultura, traduzindo-se na forma como vestimos, comemos e dele cuidamos. Reforçado por uma linguagem que o subjuga e domina, o corpo, especialmente o feminino, reproduz nos nossos dias a estrutura de poder e o dualismo sexista da sociedade em que vivemos. Particularmente apoiada pelos *media,* esta estrutura social atribui ao corpo significados e obrigatoriedades que limitam a construção da identidade, nomeadamente ao nível da sexualidade. Com base nesta preocupação desenvolvemos a análise temática de alguns números representativos de uma revista para adolescentes editada em Portugal – *Ragazza* – quanto à representação do corpo e significados atribuídos. Explorando as construções temáticas mais salientes reflectimos sobre a importância do corpo e da imagem corporal para a construção identitária das adolescentes do século XXI.

Palavras-chave

Raparigas adolescentes; corpo; sexualidade.

INTRODUÇÃO

> *An adequate understanding of women's oppression will require an appreciation of the extent to which not only women's lives but their very subjectivities are structured within an ensemble of systematically duplicitous practices. The feminine discipline of the body is a case in point: The practices which construct this body have an overt aim and a character far removed, indeed radically distinct, from their covert function (Sandra Batky, 1990, p.76 cit. In Duncan, 1994).*[4]

O corpo, especialmente o feminino, tem sido alvo de várias construções e significações sociais. Daí que Sandra Batky se refira a esta disciplina feminina do corpo como as práticas que têm por principal objectivo a modelação ou transformação do espaço corporal feminino no sentido de se aproximarem de um modelo estandardizado de feminilidade construído por padrões masculinos de beleza, peso ideal e saúde. Neste sentido, praticar exercício físico, iniciar uma dieta restritiva, usar cosméticos, depilar-se, usar roupas apertadas, esticar ou encaracolar o cabelo, fazer cirurgia estética ou lipo-aspiração, constituem mecanismos para alterar ou moldar o corpo face a um ideal feminino social e exteriormente definido (Duncan, 1994). Como podemos constatar, no mundo ocidental, as mulheres são desde

1. Aluna do Doutoramento em Psicologia da Educação. Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Braga Portugal. **saraisabelmagalhaes@gmail.com**
2. Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Braga Portugal. **luisasavedra@sapo.pt**
3. Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Braga Portugal. **cnog@iep.uminho.pt**

4. Uma compreensão adequada da opressão da mulher irá necessitar reconhecer que não só as vidas das mulheres mas também as suas subjectividades são estruturadas dentro de um sistemático conjunto de práticas com duplo sentido. A disciplina feminina do corpo é um dos casos: as práticas que constroem o corpo tem um objectivo aberto e uma personagem removida, mesmo radicalmente distinta, da sua função coberta (Sandra Batky, 1990, p.76 cit. In Duncan, 1994,).

cedo levadas a contemplar-se através dos olhos (masculinos) dos outros, de modo que após a interiorização do modelo de perfeição são elas próprias que se monitorizam face ao que é ou não adequado numa mulher. Neste processo é constituída uma rede de vigilância (associada à moralidade dos comportamentos) composta não só por homens mas também pelas próprias mulheres que são treinadas numa constante hierarquização social. Nesta as mulheres, brancas, de classe média-alta, bronzeadas, magras e sem qualquer imperfeição corporal ou facial, são as mais próximas do ideal social mesmo que tudo não passe de uma produção de horas de maquilhagem, cabeleireiro e exercício físico (idem).

Como se depreende, este ideal de beleza e o culto do corpo (Duncan, 1994) resulta do contacto precoce dos indivíduos com um sistema de valores amplamente difundido. Neste âmbito é inegável a influência dos meios de comunicação, especialmente junto dos mais novos. Como referia Jane Brown (2007), a maioria dos adolescentes passam mais tempo com os meios de comunicação do que passam com os seus pais ou mesmo na escola. De entre estes, escolhemos destacar a influência das revistas, nomeadamente as que se destinam às e aos adolescentes (apesar de na sua maioria serem exclusivamente dirigidas e compradas pelas adolescentes)

Tendo por base estes referenciais sobre o corpo e as revistas para jovens, serão apresentadas algumas perspectivas teóricas e estudos realizados neste âmbito que servirão de fundamentação a uma investigação levada a cabo com dois números de uma revista para jovens, publicada em Portugal. Este estudo preliminar servirá de base a algumas considerações sobre o papel que os *media e* os programas de educação sexual nas escolas têm tido e sobre aquele que poderiam e deveriam vir a ter levando em consideração o trabalho que tem vindo a ser publicado neste âmbito.

OS *MEDIA* E A MANUTENÇÃO DAS ASSIMETRIAS DE GÉNERO

Grande parte da literatura tem indicado que as revistas funcionam na sua maioria como veículo de um conjunto de instruções para as mulheres sobre os papéis de género (Roy, 2008), e em última análise sobre o que é ser-se *mulher*. Estas publicações funcionam então como mecanismos reprodutores de assimetrias de poder, assentes numa moralidade patriarcal resultante da influência judaico-cristã, que se desenvolvem e operam para além da mera assimetria entre o dominado e dominador (Grosz, 1994, p.147, cit. In Wright, O' Flynn, & MacDonald, 2006). As revistas para mulheres e as revistas para raparigas adolescentes, são um local particularmente fértil nestas assimetrias dado que se desenvolvem sobretudo a partir do olhar masculino da realidade e orientam-se sobretudo em função das necessidades, desejos e opiniões dos homens ou rapazes adolescentes (Magalhães, Saavedra, & Nogueira, *no prelo*), que segundo estas publicações deverão estar (obrigatoriamente) presentes na vida das leitoras. É neste sentido que as revistas a que nos referimos estão repletas de técnicas discursivas que subjugam as suas leitoras a um controlo exterior das suas vidas ao mesmo tempo que as responsabilizam pela criação e manutenção de vários comportamentos protectores, não só de si próprias mas também dos seus parceiros e famílias (Roy, 2008).

Face a esta interpelação comportamental e discursiva é importante reflectir e conscientizar o público em geral face às construções discursivas que são nestas publicações veiculadas. Centrando-se sobretudo em temáticas como a estética, consumo ou psicologia e comportamento (Magalhães *et al.*, *no prelo*), as revistas para adolescentes iniciam subtilmente a modelação das atitudes e comportamentos das jovens face ao seu corpo, e consequentemente à sua sexualidade. Neste sentido, é através da idealização do corpo e da *feminização* que as raparigas poderão, segundo a perspectiva das revistas para adolescentes, melhorar os seus relacionamentos interpessoais, e a sua sexualidade em geral. Contudo, estas mesmas revistas continuam a reflectir e reforçar os tradicionais papéis de género pela ênfase no romance heterossexual, espaço doméstico, raça branca,

família e beleza física (Roy, 2008, p. 464).

No entanto, este ideal de corpo feminino a que frequentemente, e de forma indirecta, se referem não é algo que esteja ao alcance da grande maioria das raparigas e mulheres. Assim, é associado a este um discurso de vergonha/confissão que une as leitoras, face à "luta" que travam no sentido de se aperfeiçoar, e que se desenrola numa atmosfera de proximidade, quase como se de uma conversa entre duas amigas intimas se tratasse (Duncan, 1994). Com esta proximidade, este discurso tem como principal função a identificação pessoal com os conteúdos e a criação de uma ligação entre a revista e a leitora. Ligação essa que passará eventualmente a ser de dependência face aos conteúdos apresentados dado que estes sugerem estratégias para o dia-a-dia das jovens. Estas estratégias representam uma ameaça à esfera mais privada das leitoras uma vez que as "subjuga" não só a uma orientação de alguém que lhe é distante, como também a compara e uniformiza com várias outras leitoras. Como refere Roy (2008) a ênfase destas publicações nas questões quotidianas das mulheres e nos seus dilemas é uma das melhores estratégias de marketing não só porque apresenta facilmente a solução que desejavam como combina a sua apresentação com outros assuntos considerados, estereotipadamente, do domínio feminino, tais como relações interpessoais, saúde, beleza, moda e culinária.

Dado que uma das tarefas desenvolvimentais da adolescência é construir um sentido de *self* em relação aos outros e à cultura (Brown, 2007, p. 2) os discursos que aqui referimos apresentam-se como importantes influências. Estes configuram um recurso de fácil acesso contrastando com os dos restantes agentes educativos, seja o dos serviços de saúde, dos pais, dos amigos ou outros adultos. Os discursos das revistas assumem especial importância na formação de crenças, valores e na aquisição de conhecimentos sobre sexualidade uma vez que os restantes agentes de socialização são geralmente mais punitivos quanto à sexualidade adolescente (Brown, 2007). Apesar do enorme contributo que as revistas poderiam representar ao nível da promoção da igualdade de género e da informação adequada em matéria de sexualidade, a maior parte dos seus conteúdos replicam mitos e discursos tipificados, sobretudo de dominação social do masculino. Como refere esta autora, "a maioria dos conteúdos a que [os adolescentes] assistem incluem mensagens e imagens de atracção sexual, relações românticas e comportamento sexual. Pouco destes conteúdos [por exemplo] incluem informações sobre saúde sexual" (Brown, 2007, p. 1). Na sua opinião, os *media* poderão ser um mecanismo muito útil para a educação dos jovens sobre saúde sexual e reprodutiva, valendo-se precisamente dos mesmos mecanismos que utilizam no presente para difundir várias práticas comportamentais, muitas vezes indutoras de comportamentos de risco (Brown, 2007).

Duma maneira geral raparigas e rapazes adolescentes optam pelo consumo de distintas revistas, que incluem no seu discurso *scripts* (ou guiões) de resolução de problemas e de como actuar nas mais variadas situações. Quando os temas destas publicações estão associados à sexualidade (*scripts* sexuais) têm tendência a construir e reforçar papéis de género. Neste sentido, a opção pelas diferentes revistas tem como efeito a interiorização, pelas raparigas, de posições de maior passividade e subjugação face aos seus parceiros, que incidem no amor romântico, na prevenção da gravidez indesejada; ao mesmo tempo que os rapazes adoptam posições activas, de dominação, força e de determinação biológica da sexualidade (que posteriormente virá legitimar um conjunto de comportamentos apenas admissíveis aos rapazes). Este duplo padrão da sexualidade irá posteriormente influenciar as relações de intimidade que tanto rapazes como raparigas irão estabelecer.

O CORPO E A FEMINILIDADE

A centração das mulheres e raparigas no corpo tem como objectivo a competição entre si pela atenção e desejo por parte do sexo masculino. No entanto, esta competição não é sobretudo dirigida às outras pessoas que com elas rivalizam mas consigo próprias.

Mesmo sabendo que o corpo que lhes permitirá mais facilmente ser alvo de inveja das restantes jovens e atenção dos rapazes é inatingível, as raparigas permanecem motivadas nesta tentativa (Duncan, 1994) ignorando possíveis efeitos nefastos ao nível da saúde (Wolf, 1994). A mesma autora continua afirmando que "se a nossa fixação cultural pela obesidade ou magreza das mulheres fosse sobre sexo, esta seria um assunto privado entre a mulher e o seu parceiro; se fosse sobre saúde, este seria entre a mulher e ela própria" (Wolf, 1994, p. 226). No entanto, esta temática é cada vez mais um assunto do domínio público em que as mulheres se sentem culpadas por não conseguirem corresponder ao ideal. As próprias reconhecem que, para além dos discursos do corpo pela sexualidade ou pela saúde, os seus corpos são dominados não por si próprias mas por uma estrutura social mais abrangente, que ultrapassa o seu domínio e a que se espera que obedeçam (idem).

Em consequência, através da promoção pelos *media,* moda e *fitness* de um corpo esguio indiciando saúde e juventude, a aparência física passou a transmitir valores sociais e de cuidado pessoal indicativos de identidades e comportamentos que servirão de critério para futuras relações de intimidade (Wright, O' Flynn, & MacDonald, 2006). O controlo do peso passou a ser a razão para as assimetrias de género, uma vez que o discurso da "natural" inferioridade da mulher ficou socialmente desadequado (Wolf, 1994). No entanto, substituir um critério de inferioridade baseado no sexo do indivíduo pelo critério de peso é perigoso, dado que uma redução acentuada poderá originar graves problemas de saúde que podem ir até à anorexia. No estudo realizados por Wright e colaboradores (2006) com raparigas e rapazes adolescentes, o conceito de 'Saúde' revelou-se algo mais abstracto e baseado em aprendizagens escolares ou valores familiares, enquanto que 'Sentir-se em forma' (*feeling fit*) ou 'Não estar em tão boa forma como desejaria' (*not being as fit as I would like*) se encontrava mais associado com o modo como a maioria dos rapazes e parte das raparigas falavam sobre si próprios. Estes resultados vêm mais uma vez confirmar que a feminilidade e a masculinidade estão inscritos de forma diferenciada no corpo devido a formas culturalmente construídas, quer seja pela sua performatividade, quer pela modelação da imagem corporal. Apesar das imagens publicitárias serem mais subtis no que diz respeito aos estereótipos de género, os conteúdos dos artigos continuam a estabelecer directrizes indicadoras de como ser mulher num ideal de heterosexualidade e masculinidade dominante.

METODOLOGIA

Para avaliar o retratar da imagem corporal das raparigas pelos *media*, procedemos à análise dos números de Janeiro e Junho, editados em Portugal, da revista para jovens adolescentes – *Ragazza* – do ano de 2006. A escolha destes dois números foi em primeiro lugar determinada pela necessidade de representar diferentes estações do ano (Inverno e Verão) para que este facto não enviesasse de alguma forma a análise. Em segundo lugar a escolha de apenas dois números prende-se com uma constância de conteúdos (cf., Magalhães *et al*., no prelo) e por se pretender, mais do que conteúdos específicos de cada número, identificar um padrão de caracterização/apresentação do corpo feminino na política editorial deste género jornalístico.

A análise temática realizada baseou-se no modelo sintetizado por Braun e Clarke (2006), que apresenta como objectivo a identificação, análise e relato de padrões ou temáticas identificadas pelo investigador. Para tal, foi efectuada a leitura atenta das revistas e procedeu-se à identificação e registo das principais temáticas associadas ao culto do corpo. Estas foram posteriormente organizadas e foram recolhidos exemplos ilustrativos de cada uma das categorias encontradas[5].

5. Os excertos apresentados serão seguidos do mês de publicação e do nome do artigo em que se inserem.

RESULTADOS

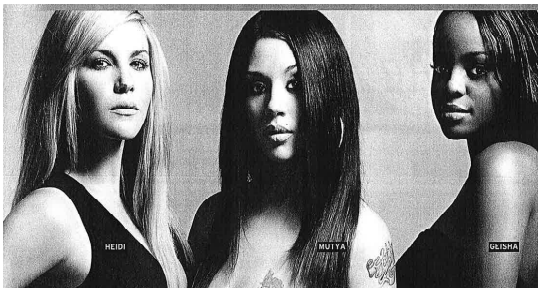
Da análise efectuada foi possível identificar duas construções temáticas na sua relação com o corpo: *A mais bela sou eu... e Corpo são em mente sã*. Cada uma delas representa uma proposta da revista às raparigas adolescentes, incentivando-as a comportamentos que se orientam por ideias preestabelecidas de como ser/se é *Mulher*,

A mais bela sou eu...

Esta construção temática centra-se nos artifícios utilizados para alterar (melhorar) a imagem das adolescentes. Nesta inclui-se um conjunto de reportagens ou blocos informativos que apresentam roupas, cosméticos e um conjunto de técnicas que servirão para alterar (e mascarar) as jovens, bem como imagens (corporais) de personalidades que alimentam a possibilidade de ter o que consideram ser o corpo ideal.

> *Jovens, bonitas, famosas... Heidi, Geisha e Mutya são o trio da moda em Inglaterra. (Janeiro, Sugarbabes o poder a três)*

Figura 1. Imagem ilustrativa do extracto anterior



Aliás, a constante comparação com figuras com as quais as raparigas se identificam ou que gostariam de imitar, surge nestas publicações como uma estratégia de marketing importante na medida que não só cria uma certa necessidade por parte das raparigas de se manter actualizada como também mantêm a ilusão de que aqueles artefactos são os responsáveis pela imagem que observam ignorando a composição visual e modelação gráfica efectuadas.

E porque de facto o ideal de rapariga não é personificável nas leitoras, a própria publicação apresenta na construção temática alternativas e mecanismos de aproximação a esse ideário. É frequente a apresentação de itens a adquirir, quase que obrigatoriamente, e de toda uma panóplia de *must-have* que de alguma forma darão mais segurança e beleza às raparigas.

Figura 2. Foto ilustrativa do discurso (Junho, Operação Armário).

Desde o mais pequeno – estilo liberty – até ao oversize... O estampado floral chega para nos alegrar o Verão numa peça – estrela: o vestido! Sexy de noite, e chique para a noite, o look campestre é tão versátil como favorecedor. Acrescenta um vestido de flores à tua vida... e vais sentir-te a rainha do jardim! (Junho, Photo-cool: Flower chic!)

Neste sentido, e apesar de também se verificar na outra temática identificada, é nesta construção temática que mais incentivos ao consumo estão presentes. Estes são especialmente visíveis uma vez que as revistas se organizam em torno das estratégias de marketing de consumos que as compõem.

Purifica-te! Depois de te esforçares ao máximo no ginásio, nada como ter os produtos ideais para purificar a pele... e a mente! Experimenta o exfoliante Fondant & Purifiant, com extracto de papaia (8,05 €), de Sephora (Junho, Os caprichos do mês)

Figura 3. Foto ilustrativa do discurso (Junho, Clips: Beleza).

Como também já tivemos oportunidade de reflectir, o culto do corpo é introduzido desde cedo nas vidas das adolescentes. Estas publicações são um dos mecanismos mais enraizados nesta cultura da imagem e da apresentação visual. Assim, proliferam tentativas de correcção corporal (mesmo que muitas vezes desnecessárias) e desde cedo as raparigas constroem esferas comportamentais muito especificas do seu género dada a influência social a que estão sujeitas. É neste sentido que muitas vezes se apresentam técnicas padronizadas e que, supostamente, se aplicam a todas as leitoras.

Também queres entrar no novo ano com um look diferente? Segue as nossas pisadas e... atreve-te! (Janeiro, Mudança de Look da Noite para o Dia)

Ao publicar elementos como o extracto acima transcrito, a revista promove de certa forma a adopção por parte das leitoras de um conjunto de comportamentos, exterior e amplamente definidos. Deste modo, inicia desde jovem a submissão a um sistema de valores que lhes é alheio e que nem sempre se adequa ao meio social em que estas estão inseridas. Na maioria das vezes, estas recomendações são realizadas pensando numa potencial leitora (nem sempre personificável) e cumpre uma orientação heterosexista e que vai de encontro ao ideal masculino.

CORPO SÃO EM MENTE SÃ

Também bastante presente nas revistas analisadas é a temática *Corpo são em mente sã*. Esta inclui as alusões a questões gerais de saúde, exercício-fisico e bem-estar. Esta construção temática apresenta-se em complementaridade com a anterior dado que será a conjugação de todos os esforços e mecanismos disponíveis que permitirá à jovem ficar bonita e com a imagem corporal que deseja. Daí que um elemento que perpassa toda a temática é a constante alusão à duplicidade do corpo: como elemento de apresentação

pessoal da rapariga e como elemento de desejo e satisfação do desejo masculino. O corpo (feminino ou masculino) apresenta-se nesta construção discursiva como um espaço que deverá ser trabalhado e preparado para a interacção social.

Assim, é comum encontrar-se recomendações de novos desportos, exercícios, novas actividades a realizar. Contudo, e apesar de numa primeira impressão estes versarem preocupações com o bem-estar da leitora, estes apresentam-se comummente como actividades a realizar com o parceiro, seja para modelar o corpo (para ficar mais bonita e atraente), seja para relaxar (porque as raparigas são caracterizadas como geralmente ansiosas) e aproveitar melhor o tempo que poderá passar com o seu parceiro o que lhe permitirá cativa-lo e, cumprindo o que a linha editorial deste género de publicações considera ser o objectivo das raparigas, mantê-lo por mais tempo.

> *Elimina gorduras e toxinas, e queima 400 calorias numa hora, Tira o máximo partido da tua bicicleta! (Junho, Bloco em forma).*

Figura 4. Imagem ilustrativa do extracto anterior (Junho, Bloco em forma).

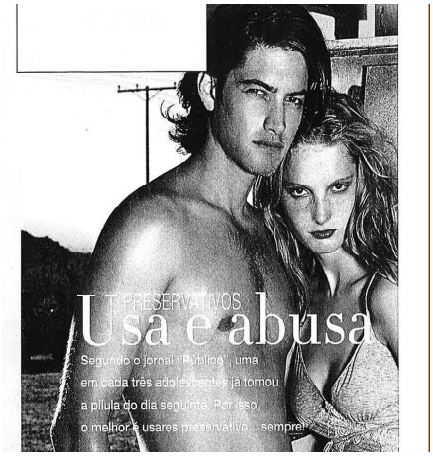
Mas esta apresentação não é de forma alguma limitativa. No caso de a leitora não possuir um parceiro, este discurso apresenta-se como um mecanismo de melhorar o seu corpo e assim aumentar a eficácia da sua sedução. Isto porque os locais de prática de exercício físico, sejam organizados ou não, são equacionados como locais propícios ao estabelecimento de relações de proximidade e potencialmente de intimidade.

> *Já tentámos de tudo: falámos com especialistas, fizemos vários exercícios, mas não nos ocorreu melhor forma de desfrutar de uma partida de futebol, do que a contemplar "o talento" dos desportistas! Mas nem só de Beckhams vive o futebol – e ainda bem! - e este Mundial contará com a presença de autênticos reis do esférico. Estes são alguns deles... (Junho, Mundial (só para raparigas)!)*

Para além das referências à prática de exercício físico são ainda abordadas outras formas de melhorar o corpo. O localizar no corpo de referências à forma física, ao ser-se saudável, é apresentado como uma mais valia para as raparigas não poderão descurar. Segundo estas publicações, tal como as raparigas se interessarão mais por rapazes atléticos e saudáveis, os rapazes preferem raparigas que tenham condição física de os acompanhar, ou seja, sejam magras, saudáveis mesmo que para isso tenham que recorrer à manipulação do corpo. Esta ideia é potencialmente perigosa pois a referência à dieta alimentar saudável estimula por vezes o inicio de regimes alimentares restritivos. Num mundo em que o limiar entre as perturbações de comportamento alimentar e o comportamento adequado é tão ténue, é importante debater a importância dada aos discursos subjacentes a esta apresentação, que pela sua acessibilidade e direccionar para as adolescentes poderão contribuir para a interiorização da necessidade de efectuar comportamentos de risco que se justifiquem para que se consiga o corpo desejado (e nunca atingido) e o rapaz pelo qual se nutre afecto.

Mais uma vez é possível identificar estas reportagens mais generalistas com discursos de saúde sexual. De carácter maioritariamente informativo e de modelação comportamental (e.g. *Vergonha é não usar [preservativos] ...*), os blocos temáticos criados pretendem sobretudo melhorar a vida sexual das leitoras. Para tal consideram importante o cuidado do corpo numa dupla função: despertar a atenção e o interesse dos rapazes e estar preparada para qualquer situação de intimidade. Apresentadas frequente num modelo activo-passivo (não tomam iniciativa mas sugerem comportamentos), as raparigas deverão estar atentas e sempre preparadas pois estão em contaste competição, quer seja com o ideal de rapariga, quer seja com outras raparigas que poderão estar em posição mais favorável face aos rapazes. Combinado com o discurso biologizante da sexualidade masculina este discurso faz com que as jovens se encontrem em permanente tensão e ansiedade face às suas relações interpessoais aumentando a necessidade de melhorarem a sua imagem corporal.

Figura 3. Imagem ilustrativa do discurso (Junho, Bloco Amor & Sexo).



Se moras no Algarve, agora tens mais um motivo para sorrir:.. Foi inaugurada uma UNIDADE MÓVEL totalmente equipada com serviço de ginecologia, enfermagem, acompanhamento psicológico e social para além de planeamento familiar. 0 melhor? Vais poder visitá-la sempre que precisares! Apanha a boleia... e boa viagem! (Janeiro, Clips Sexo).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao apresentarmos estas duas grandes temáticas centradas no corpo e na imagem corporal das jovens adolescentes podemos pensar em três pontos essenciais que as perpassam.

Em primeiro lugar, seria importante reflectirmos sobre a apresentação das leitoras como um grupo homogéneo ignorando a diversidade inter-grupal. O recurso ao diálogo directo e a sugestão de soluções ou dicas para as leitoras, implica a não contabilização das verdadeiras necessidades de cada rapariga optando por prescrever uma "receita" padronizada. Perpassa-se assim a ideia de uma leitora-tipo e de uma rapariga-tipo que precisa de uma indicação de um assunto comum ao ideário feminino adolescente, independentemente de esta estar adequada ao verdadeiro contexto em que esta se insere, nas suas problemáticas ou características individuais.

Como também já referimos, na maioria das vezes as raparigas deparam-se com

a ambiguidade de não conseguirem enquadrar-se nesta padronização. Este desconforto com a apresentação de indicadores claros do que se *deve* ser e que não se é, poderá ser especialmente perigoso dado que muitas adolescentes optarão por soluções mais radicais para se adaptarem a este padrão estabelecido. A modelação comportamental massiva em torno de uma atitude ou comportamento, marginalizando quem não se enquadrar no padrão definido, e as muitas alterações que estão a ocorrer no corpo das adolescentes poderá ainda motivar comportamentos de risco que prejudicarão o desenvolvimento saudável.

Assim, a apresentação uniformizadora das leitoras poderá criar a sensação de que todos são iguais e a leitora é a única pessoa diferente levando a um sentimento generalizado de descontentamento e desadequação com o *setting* em que a leitora vive, seja pelo seu corpo, pelas suas atitudes, ou mesmo pelos seus relacionamentos interpessoais. A importância da pertença grupal que caracteriza a adolescência faz com que este género linguístico deva ser alvo de desconstrução junto das jovens em virtude da especial importância nestas publicações.

Intimamente ligado ao ponto anterior encontra-se a apresentação massiva da necessidade das adolescentes aderirem a um padrão de beleza. A beautificação do corpo apresenta-se em todas as páginas das revistas. Esta necessidade, apresentada sobretudo em artigos da primeira temática analisada, perspectiva-se como central na vida das adolescentes subjugando necessidades, valores e objectivos de vida. A centralização na imagem corporal faz com que esta passe a ser critério para relações interpessoais, amizades e envolvimento em actividades. Critério esse que divide socialmente as interacções discriminando quem não se enquadra nos parâmetros e legitimando inequidades, atitudes de repressão e desequilíbrios de poder.

No entanto, não nos devemos esquecer que a *pressão* que a beautificação e constrangimento ao ideal de beleza poderá ter impactos muito negativos ao nível do desenvolvimento saudável. A restrição alimentar sem supervisão adequada, o recurso a exercício físico em demasia e mesmo a *necessidade social* de possuir uma relação estável e intima com alguém poderá não só condicionar o desenvolvimento das adolescentes como poderá condicionar o bem-estar físico e psicológico das mesmas.

Por ultimo, tanto a homogeneização como a beautificação do corpo feminino se relacionam com o poder comercial de cada um. O claro apelo ao consumo, a centralidade das estratégias de marketing e consumos e o valorizar da posse de bens por parte das adolescentes delimita uma organização e estruturação desigual. Neste sentido será importante desconstruir esta importância dada uma vez que reforçam desigualdades sociais em função do poder económico de cada um. A intervenção precoce nesta estruturação social é importante permitindo prevenir a construção de uma cultura de consumo e de imagem exterior que muitas vezes não corresponde às reais possibilidades (e de certo não às necessidades) de cada um.

Em suma, podemos afirmar que o corpo permanece como objecto central das revistas para adolescentes e que para além de toda a esta apresentação comercial o objectivo subjacente é a exploração da sexualidade. As temáticas identificadas permitem reforçar esta ideia dado que se apresentam como mecanismos de modelação e estratégias para despertar o interesse recíproco entre as e os jovens. Mais do que meros relacionamentos interpessoais é frequente a referência explícita ao parceiro, ao namorado ou ao rapaz a conquistar. O facto destas publicações possuírem este objectivo subentendido nos mais diversos conteúdos motiva análises aprofundadas e a desconstrução destes conteúdos junto das jovens permitindo uma construção pessoal menos constrangida e pressionada pelos cânones sociais do adequado para o sexo feminino.

CONCLUSÃO

Após a apresentação da nossa análise consideramos importante concluir este trabalho estimulando a reflexão, e possíveis trabalhos futuros, sobre algumas questões que nos parecem decorrer das considerações apresentadas.

É sabido que são já várias as investigações que tanto nacional como internacionalmente se têm dedicado aos estudos da influência dos *media* nas atitudes e comportamentos dos adolescentes. Peter & Valkenburg (2007, p. 382) sintetizam este trabalho e concluem que existe mesmo entre investigadores "... um consenso alargado que os adolescentes vivem num mundo estruturado pelos *media* e que são provavelmente expostos a conteúdos sexuais em diferentes *media*". No seu trabalho pessoal os mesmos autores afirmam que se tem vindo a provar que a exposição dos adolescentes a conteúdos sexuais nos *media*, independentemente da sua vertente audiovisual ou impressa, está relacionada com uma variedade de estereótipos de género e crenças sexuais (idem). Assim, é possível compreender que rapazes e raparigas desde cedo iniciam uma construção particular da (sua) sexualidade, nomeadamente pela influência dos conteúdos a que "escolhem" expor-se (Brown, 2002).

Mais uma vez fica presente a importância de se expandir estudos no âmbito nacional sobre esta relação. Como conclui Lindner (2004) não se verificam verdadeiras alterações na apresentação da mulher nos meios de comunicação, pelo contrário, meios mais subtis estão a ser utilizados para retratar a mulher como inferior ao homem. Esta alteração versa uma ocultação da noção directa de inferioridade mental da mulher substituindo-a por um enquadramento não valorativo das suas acções mas que legitime a sua presença. No entanto isto não significa que estas não sejam discriminadas ou não se apresentem em posições de subjugação a uma hierarquia de poderes, para além disso verifica-se ainda um aumento de imagens sexualizadas (e consequentemente objectificadas) de mulheres. Lindner (2004) acrescenta que o facto destas imagens se encontrarem disseminadas, e omnipresentes no ambiente saturado pelos *media* em que vivemos, torna a sua compreensão e a identificação do seu papel social num dos objectivos mais prementes de investigação nas questões de género e sexualidade. Especialmente porque estas representações apresentam-se como guias de como ser homem ou mulher mas deixam poucas alternativas às e aos adolescentes que não seguirem um padrão heteronormalizado e sexista.

Assim a a inclusão da educação sexual nas escolas como verdadeira alternativa aos conteúdos mediatizados é fundamental. Contudo, para que tal seja possível, deverá haver um esforço por parte dos professores, dos conteúdos e dos materiais para reduzir os juízos de valor, de normatividade, de uma adequação social, do politicamente correcto. Só assim se poderá ultrapassar o limiar da discriminação pela raça/etnia, pelo sexo/género e pela orientação sexual. É importante que estes agentes educativos unam esforços na apresentação mais próxima da diversidade humana, anulando discursos marginalizadores e substituindo-os pelo debate de ideias e pela desconstrução de crenças e mitos.

Para além deste objectivo ou desafio já muito importante, a educação sexual poderá ainda ser um espaço vital na medida que poderá explorar a construção pessoal da imagem corporal. Uma exploração dos papéis de género, dos *scripts* sexuais e a desconstrução do duplo padrão sexual poderão levar a uma percepção diferente e a uma apropriação privada da construção pessoal dos seus corpos contrariando a normatividade exterior e social que é imposta em prol de um corpo esguio. Corpo esse que por ser esguio se apresenta como adequado a todas as interacções sociais, nomeadamente relacionamentos interpessoais e de intimidade. Como tem vindo a ser debatido pelas feministas é importante ter em consideração "os diferentes efeitos das mensagens culturais que promovem uma determinada imagem corporal, inatingível para a maioria das mulheres, como um pré-requisito social para a atractividade feminina" (Bordo, 2003, cit. In Wright, O'Flynn, &

MacDonald, 2006, p.708). Mas esta perspectiva de construção pessoal constante não está assim tão presente, pelo que consideramos ser relevante a substituição (que não implica anulação) do modelo médico-biológico por um modelo afectivo-comportamental em que paralelamente se explora a dimensão corporal dos comportamentos sexuais e atitudes, crenças e capacidades pessoais no âmbito da afectividade, diversidade e comunicação interpessoal. Esta necessidade revela-se ainda importante devido à reprodução acrítica de discursos de *healthism*[6] e de práticas sociais que o promovem junto dos mais jovens (Wright *et al.*, 2006). Este discurso que promove a associação do exercício físico com a aquisição de uma imagem corporal mais adequada necessita de ser desconstruído uma vez que delimita de forma muito concreta a forma como as pessoas deverão viver a sua vida e construir as suas identidades. Aliás como tem vindo a ser ressaltado, a proximidade desta relação com a aparência, e com a promoção de um corpo esbelto como atributo desejável em todas as mulheres poderá levar a práticas, nomeadamente alimentares, que terão implicações mais ou menos graves na saúde em geral. "Wearing (1998), por exemplo, defendeu que uma parte significante do nosso tempo livre é devotado a manter e normalizar o corpo (e.g. pelo adquirir de artigos de moda, dieta e saúde, e idas ao ginásio para moldar os corpos de acordo com as ideologias prevalecentes)" (Yarnal, Chow, & Hutchinson, 2005, p.1).

Esta chamada de atenção deverá ser também contemplada ao nível da leccionação da disciplina de educação física, dada a sua importância na promoção de comportamentos e na implementação de programas de educação para a saúde, nomeadamente na educação sexual. Assim, não deverão ser apenas os manuais de educação sexual a ser revistos, mas também todo um conjunto de materiais e discursos orais que são transmitidos na interacção em sala de aula. Sendo que para tal é urgente intervir na formação de professores dotando-os de mais recursos nesta matéria que a sua simples opinião pessoal (dado que o objectivo é que sejam imparciais). Também a este nível será importante a adopção de uma perspectiva construcionista, e de investigação-acção, que permita a desconstrução e reconstrução dos discursos e que considere a experiências verbalizadas pelos adolescentes.

Esta opção metodológica é ainda importante na investigação e na intervenção dada a rigidez com que é apresentada a imagem feminina (ou da mulher) nos *media* em geral (H. Posavac, S. Posavac, & E. Posavac, 1998). O facto de estes serem amplamente disponíveis, menos punitivos e ambivalentes na relação de proximidade com o leitor e no domínio privado/publico, leva com que sejam mais facilmente procurados, acreditados, e influenciadores. Como afirmam Yarnal e colaboradores (2005, p.1) os "Discursos dominantes (e.g. sobre peso ou beleza) manipulam o comportamento corporal; e processos de auto-monitorização reafirmam e reforçam os discursos dominantes".

Em suma, é importante ter em conta que a inferioridade subjectiva, da discrepância entre a imagem corporal actual e ideal, pode ser particularmente aversiva para as mulheres devido à aparência física ser um importante aspecto nas interacções sociais femininas (H. Posavac *et al.,* 1998). "Se a mulher perceber discrepância entre o standard aceite de atractividade feminina e o seu próprio corpo, estas podem ficar preocupadas com o facto do seu peso não ser aceitável" (idem, p. 188), o que poderá levar a estas raparigas e mulheres a construírem uma identidade pessoal baseada no desconforto com a sua imagem corporal e, consequentemente, iniciarem comportamentos menos saudáveis ou mesmo de risco.

É assim visível a importância da localização no corpo da educação para a saúde, e da

6. Healthism defined by Crawford (1980) is the discourse in public health practice in which individuals are held to be morally responsible for the prevention of illness by knowing and avoiding the risk factors associated with ill-health. (Wright, O'Flynn, & MacDonald, 2006, p.708)

educação sexual uma vez que, como defendem várias autoras feministas, o corpo é ao mesmo tempo lugar de dominação e resistência (Yarnal *et al.*, 2005).

REFERÊNCIAS

Bordo, S. (1997). The body and the reproduction of femininity. In Conboy, K., Medina, N., & Stanbury, S. (Eds.). *Writing on the body: Female Embodiment and Feminist Theory* (pp. 90-107). New York: Columbia University Press.

Brown, J.D. (2007, March). The media as powerful teen sex educators. Extended abstract commissioned for and presented to the *"What's it going to take? Extending the Research Base to Improve Teen Pregnancy Prevention"* conference, co-sponsored by the National Institute for Child Health and Human Development, the National Campaign to Prevent Teen Pregnancy and the National Centers for Disease Control, Washington, D.C.. Disponível online em: http://www.teenpregnancy.org/resources/research/researchconf/brown_abstract.pdf, acedido em Julho de 2008.

Chapkis, W. (1994). Skin Deep. In A. Jaggar (Eds.), *Living with contradictions: controversies in feminist social ethics*. (pp. 229- 231). Boulder: Westview Press.

Duncan, M. C. (1994). The politics of women's body images and practices: Foucault, the Panopticon, and Shape Magazine. *Journal of Sport and Social Issues, 18*, 48- 65.

Lindner, K. (2004). Images of women in general interest and fashion magazines advertisements from 1955 to 2002. Sex Roles, 51, 7-8, 409 – 421.

Peter, J. & Valkenburg, P. (2007). Adolescents' exposure to a sexualized media environment and their notions of women as sex objects. *Sex Roles, 56*, 381-395.

Posavac, H. D., Posavac, S., & Posavac, E. (1998). Exposure to Media Images of Female Attractiveness and Concern with Body Weight among Young Women, *Sex Roles, 38,* 3-4: 187 -201.

Roy, S. (2008). 'Taking charge of your health', discourses of responsibility in English-Canadian women's magazines. *Sociology of Health & Illness 30.*,3, 463- 477.

Wolf, N. (1994). Hunger. In A. Jaggar (Eds.), *Living with contradictions: controversies in feminist social ethics*. (pp. 223- 229). Boulder: Westview Press.

Wright, J., O'Flynn, G., Macdonald, D. (2006). Being Fit and looking Healthy: young women's and men's construction of health and fitness. *Sex Roles, 54*, 707-716.

Yarnal, C. M., Chow, H., & Hutchinson, S. (2005, May). "Now I feel I could do anything": Embodiment, space, and young women's leisure. *Abstract of papers presented at the Eleventh Canadian Congress on Leisure Research, May 17-20, 2005.* Disponível online em: http://adp.lin.ca/resource//html/cclr%2011/CCLR11-164.pdf, acedido em: Julho de 2008.

"SABER EM SAÚDE": AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UMA INTERVENÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR

Lígia Joana Miranda Carreira[1] & Ivone Patrão[2]

Resumo

A promoção da saúde através de acções das equipas de saúde escolar é, hoje em dia, actividade comum nos cuidados de saúde primários. Portugal está incluído na Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, estabelecendo uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Está incluído no currículo escolar a educação para a saúde, assim como actividades de saúde escolar prestadas pelas equipas dos Centros de Saúde da zona, considerando-se que facilita a adopção de comportamentos saudáveis. Este estudo tem como objectivo avaliar a eficácia de uma intervenção em saúde escolar em diversas áreas da saúde. Recorreu-se a uma amostra não probabilística, 74 alunos do 4.º ano, rapazes e raparigas com idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos, do parque escolar do Centro de Saúde da Lapa, que preencheu um questionário de conhecimentos em saúde, antes e depois da intervenção. Após a intervenção verifica-se uma melhoria dos conhecimentos revelados pelos alunos, nas diversas áreas da saúde, tendo havido diferenças significativas. Estes resultados evidenciam a eficácia do programa implementado, valorizando a necessidade da sua contínua aplicação. Poderá ser adaptado para diferentes faixas etárias, com aplicabilidade ao longo do percurso escolar.

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida, dos comportamentos de sedentarismo e hábitos pouco saudáveis, muito prevalentes nos países desenvolvidos onde a população se torna, por isso, mais susceptível a contrair doenças, especialmente crónico-degenerativas, relacionadas com os estilos de vida, justificam a importância da promoção da saúde e prevenção da doença (Bennett & Murphy, 1999) nesses mesmos países.

Atendendo a que grande parte da população juvenil frequenta um estabelecimento escolar desde os 3 anos até, aproximadamente, aos 21 anos, há que desenvolver estratégias de intervenção com a Escola e através da Escola que capacitem as crianças e jovens para a escolha e adopção de comportamentos favoráveis à saúde, individual e colectiva.

O Programa Nacional da Saúde Escolar (PNSE) refere que as estratégias do PNSE "inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois eixos: a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde (…) ao nível local, o trabalho de parceria Escola - Centro de Saúde assentam numa metodologia de projecto e numa abordagem salutogénica da promoção da saúde" (Despacho n.º 12.045/2006 2.ªsérie de Junho, n.º 110).

A Psicologia da Saúde visa a melhoria da saúde e a prevenção da doença e, visto que, como referem Maça e Trindade (1997), no estudo sobre Intervenção Psicológica em programas de Saúde Escolar no sistema de Cuidados de Saúde Primários, a Saúde Escolar pretende a criação de estilos de vida saudáveis, educando para a saúde precocemente e de forma contínua e integrada.

1. Lígia Carreira - Finalista do Mestrado Integrado Psicologia Clínica no ISPA. **ligia_joana@hotmail.com**
2. Ivone Patrão – Instituto Superior de Psicologia Aplicada ISPA. **ivone_patrao@ispa.pt**

Rogado e Teixeira (1997) vêm colocar em ênfase a urgência de serem organizadas campanhas de educação para a saúde a fim de promover a consciencialização daquilo que é a saúde e dos comportamentos adequados para a manter e, mudar atitudes e comportamentos com vista à prevenção da doença. Os comportamentos de saúde são aprendidos e estão relacionados com o contexto da educação para a saúde, visto ter laços directos ou indirectos com o processo de ensino e aprendizagem.

Araújo (1999) efectuou uma avaliação de um programa piloto na área da promoção da saúde e afirma que "estes programas devem de ser bem fundamentados, quer a nível teórico quer a nível empírico, através dos estudos da sua eficácia e, se possível, continuamente melhorados com vista a uma melhor adequação" (Araújo, 1999, p.11).

Desde 1971, tem-se vindo a realizar diversos estudos sobre as crenças e comportamentos de saúde das crianças. Interessa saber de que forma é que as crianças podem tomar decisões responsáveis sobre situações importantes que os preocupe no seu desempenho, na escola, a brincar e a crescer (Lewis, 1983).

Bibace e Walsh (1980) vêm referir a importância da concordância entre o nível cognitivo das crianças e a informação que é dada sobre saúde. Em contraponto Siegal (1988), aponta que a "capacidade e acesso à informação pelas crianças tem um papel crucial no que se refere ao conhecimento sobre as doenças (cit. por Malheiro, 2003, p.20).

Tal como refere Bibace e Walsh (1980), os materiais de ensino e estratégias para a promoção da saúde devem ser direccionadas especificamente para o nível de desenvolvimento cognitivo da criança (cit. por Malheiro, 2003)

Estudos realizados por Lieberman, Clarck, Krone, Orlandi e Wynder (1992), apresentam que a compreensão de doença em cada grupo de idades aumenta significativamente segundo o ano de escolaridade. Assim como a concepção de doença das crianças reflecte os estádios de desenvolvimento cognitivos articulados por Piaget (cit. por Malheiro, 2003, p.18).

Estes autores demonstram uma relação entre o desenvolvimento coerente como as crianças entendem a causa, prevenção e tratamento de doenças, e o desenvolvimento de conceitos noutras áreas. As concepções da doença tornam-se mais claras, objectivas e racionais com o aumento da idade.

Eiser (1997), através dos estudos que realizou, vem afirmar que as crianças no estádio pré-operatório (2-7 anos) têm crenças sobre a doença que são na sua maioria supersticiosas, redundantes e não diferenciadas. Entendem a doença e todo o processo de tratamento como um castigo e assim como as advertências dos adultos. Enquanto que na fase operatória concreta (7-11 anos), o pensamento das crianças torna-se mais específico, passam a reconhecer um número limite de factores causais que desencadeiam determinadas doenças. Já na fase formal (a partir dos 11 anos) a compreensão da doença é realçada por uma educação biológica. As crianças compreendem a causa da doença em termos biológicos (Eiser, 1997, cit. por Malheiro, 2003).

Segundo Gomes (2000), quanto maiores conhecimentos forem adquiridos nesta fase, mais a aprendizagem será facilitada, contribuindo para o objectivo de promover hábitos e comportamentos saudáveis.

Assim como, Andrade (1995), que considera que, as metodologias utilizadas nas intervenções em educação para a saúde pressupõem uma interacção planeada de experiências e de aprendizagens variadas e apelativas, com o objectivo de os conhecimentos adquiridos com essas experiencias facilitarem a adopção voluntária de comportamentos saudáveis.

A necessidade de desenvolver programas de investigação sobre os determinantes de aquisição de práticas de saúde, foi também outro aspecto ao qual se passou a dar mais ênfase na promoção de saúde (Diekstra, 1990).

Segundo a literatura, a Escola constitui um espaço privilegiado para influenciar e orientar as atitudes e valores no sentido positivo da vida humana ao longo de toda a escolaridade do aluno(a). Para que este objectivo seja atingido, é necessário contextualizar estes estudos numa dimensão ecológica mais vasta, quer a partir de vários contextos, quer a partir de diferentes intervenientes (pais, professores, psicólogos, médicos, educadores, entre outros), que passam a ser modelos de identificação para os mais novos (Pereira, Sarrico, Oliveira & Parente, 2000).

O presente estudo centra-se na aprendizagem de hábitos de saúde e, comportamentos de risco em indivíduos que se encontram numa fase inicial do ciclo de vida, visto estes serem mais facilmente apreendidos nesta altura. É então referido que "Portugal encontra-se entre os países europeus em que o défice de investigação epidemiológica sistemática tem estado relacionada com uma relativa negligência na área de educação para a saúde, o que pode reflectir uma dificuldade na aplicação do modelo biopsicossocial e da abordagem multidisciplinar no planeamento e avaliação dos programas de promoção" (Pereira et. al. 2000, p. 48).

Neste sentido, o objectivo geral desta investigação é avaliar a eficácia da intervenção "Saber em Saúde" ao nível do conhecimento em diferentes áreas de Saúde.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma investigação observacional, descritiva e transversal, com avaliação em dois momentos - antes e depois da intervenção com dois grupos em análise (rapazes e raparigas) (Ribeiro, 2007).

Varáveis

As variáveis em estudo são: *o nível de conhecimento dos alunos*. Esta variável é a dependente. O nível de conhecimento do aluno é medido antes e depois da intervenção. O aumento do conhecimento dos alunos (maior número de resposta correctas) após a intervenção. A *idade*, é uma das variáveis independentes, assim como o Sexo (masculino ou feminino).

Amostra

A Amostragem é não probabilística de conveniência (Dommermuth cit. por Ribeiro 2007). Neste caso, o universo populacional é constituído por todos os alunos do 4.º de escolaridade do parque escolar do Centro de Saúde da Lapa, estes alunos frequentam a Escola Básico n.º 18, integrando duas turmas de 4.º ano (4.º A e 4.ºB), a Escola Básico n.º 72 e Escola n.º 128.

Este estudo é composto por dois momentos avaliativos, o primeiro momento em que foi aplicado o pré-teste e o segundo momento em que se passou o pós-teste. O 1.º momento contou com a participação de 72 inquiridos sendo 51,4% do sexo feminino e 48,6% masculino, o segundo momento contou com a participação de 74 alunos sendo 52,7% raparigas e 45,9% rapazes.

A média de idades em ambos os momentos do estudo é de 9 anos e meio com um desvio padrão de 0,742, no primeiro momento e 0,736 no segundo, a idade mínima é de 9 anos e a máxima de 12 anos, 48,6% tem 9 anos e cerca de 32% tem 10 anos em ambos os grupos.

Material

O questionário de escolha múltipla, em que se avalia o conhecimento dos alunos sobre várias áreas da saúde, foi elaborado pela Equipa de Saúde Escolar do Centro de Saúde da Lapa (2006). Este questionário é composto por 21 questões, 3 questões da área de Prevenção de Acidentes, 3 questões da área de Psicologia, 3 questões da área de Terapia Ocupacional, 3 questões da área de Fisioterapia, 2 questões da área de Saúde Oral, 3 questões de Enfermagem e 4 questões da área de Medicina. Pode-se verificar no quadro 1 os objectivos do questionário e o que se pretende medir em cada item. É preenchido pelas crianças e avalia os seus conhecimentos nas diversas áreas, antes e depois da intervenção. Por exemplo, na área de Prevenção de Acidentes, "Como se deve actuar numa queimadura?" tendo como hipóteses de resposta "A -Colocas azeite na zona queimada", "B - Arrefeces a zona queimada com soro fisiológico ou com água fria" ou "C - Arrefeces a zona queimada com álcool". A cotação do teste será feito através do somatório das respostas correctas, cada questão tem a cotação, quando assinalada correctamente, de um ponto. A pontuação máxima do questionário é de 21 pontos.

Procurou-se caracterizar a amostra, quanto à idade e género. Tendo sido solicitado aos alunos que antes de iniciarem os questionários (pré-teste e pós-teste), respondessem a essas questões.

Procedimento

Após feita a intervenção pela equipa passou-se à elaboração deste estudo. Reuniram-se todos os dados recolhidos na intervenção (testes e pós-testes) e iniciou-se uma extensa pesquisa bibliográfica. De seguida, prosseguiu-se ao tratamento dos dados recolhidos. Por se tratar de uma amostra que não segue a normalidade, aplicaram-se os testes não paramétricos, pois não exigem que a distribuição da variável sob estudo seja normal. Tratando-se de uma amostra relativamente pequena, os testes não-paramétricos são considerados mais potentes (Maroco, 2007). Para testar a significância, utilizou-se o teste de Man-Whitney para as variáveis nominais e o da Correlação de Spearman para a idade dos sujeitos. O valor das variáveis encontradas foi considerado significativo a partir de 95% de probabilidade estatística, ou seja, no tratamento estatístico o nível de significância usado em todos os testes foi de 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados

Os resultados obtidos decorreram de procedimentos de validação estatística com o objectivo de comparar os dois momentos em estudo, pré e pós-teste, relativamente ao conhecimento dos sujeitos nas diferentes áreas da saúde.

Testou-se a fidelidade a fim de verificar se os dados obedecem à normalidade, para tal, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Com níveis de significância abaixo de 0.05, o que nos revela que os dados não seguem a normalidade.

Foi feita uma análise descritiva em que se analisou primeiramente as percentagens por área em cada momento, correspondendo ao pré e ao pós-teste. Seguidamente fez-se a estatística inferencial em que se utilizou os testes não paramétricos. Para verificar diferenças significativas entre os conhecimentos adquiridos pelos alunos, no primeiro e segundo momento avaliativo, nas diferentes áreas da saúde e em relação às variáveis sócio-demográficas utilizou-se o teste de significância de Man-Whitney para a variável género (nominal) e o teste de correlação de Spearman para a variável idade.

1.º Momento – Avaliação do Conhecimento

Observou-se no primeiro momento, 63,9% dos sujeitos acertou nas questões sobre Prevenção de Acidentes, 34,7% errou e apenas 1,4% dos sujeitos não respondeu.

Na área de Higiene Oral verificou-se que, no primeiro momento, 75% dos sujeitos errou e apenas 18,1% acertou nas questões desta área.

Em relação aos resultados na área de enfermagem verificou-se que, no primeiro momento avaliativo, 84,7% acertou às questões e apenas 15,3% dos sujeitos errou.

Ao analisar o conhecimento dos alunos na área da Psicologia verificou-se que, 75% acertou nas questões no primeiro momento e 25% errou.

No primeiro momento observou-se que, 68,1% dos sujeitos acertou nas questões sobre Fisioterapia e 31% errou.

Na área de Terapia Ocupacional verificou-se que o conhecimento dos alunos no primeiro momento avaliativo foi de 55,6% de respostas erradas e 43,1% de respostas certas, havendo uma maior percentagem de respostas erradas.

Por último, na área da Medicina, 50% acertou nas questões, 47% errou e 2,8% não respondeu.

2.º Momento – Avaliação do Conhecimento

Após a intervenção, ao responder ao questionário do segundo momento avaliativo, verificou-se através dos resultados obtidos que 95,9% dos sujeitos acertou nas questões e, apenas 4,1% dos sujeitos errou às questões desta área no segundo momento.

Apenas 18,9% dos sujeitos errou nas questões e 81,1% acertou nas questões sobre Higiene oral no segundo momento.

Verificando os resultados obtidos no segundo momento, observa-se, que 97,3% dos sujeitos acertou nas questões sobre Enfermagem e uma minoria de 2,7% dos sujeitos errou após a intervenção.

Após a intervenção, verificou-se também uma melhoria nos resultados, tendo-se constatado que 86,5% acertou nas questões sobre Psicologia e somente 13,5% errou.

Ao compararmos agora com os resultados obtidos no segundo momento avaliativo, após a intervenção, verificou-se um aumento na percentagem de respostas certas, visto que 93,2% acertou e, apenas 5,4% dos sujeitos errou nas questões sobre Fisioterapia.

Verificou-se ainda, com o segundo momento avaliativo, que a percentagem de respostas certas aumentou consideravelmente, passando a ser de 79,7% em contraposição com as respostas erradas (18,9%).

Através dos resultados percentuais podemos verificar que em todas as áreas a percentagem de respostas certas (71,6%) aumentou após a intervenção e, a percentagem de respostas erradas (27%) diminuiu, assim como, as questões que não foram respondidas (1,4%) pelos sujeitos.

TOTAL DE CONHECIMENTO NOS DOIS MOMENTOS AVALIATIVOS

Fazendo agora uma análise global ao nível do total de conhecimentos na área da saúde dos sujeitos antes e depois da intervenção, verificou-se que, no grupo do primeiro momento avaliativo, 59,7% dos inquiridos acertou nas questões, obtendo uma média de 1,40 e um desvio padrão de 0,494, sendo que o valor mínimo corresponde a 1 – acertou e o valor máximo a 2 – não acertou. Já no segundo momento estes resultados foram de 95,9% de respostas correctas, obtendo uma média de 1.04 e um desvio padrão de 0,199.

Ao fazer a média por área de conhecimento entre o primeiro e o segundo momento avaliativo constata-se que o conhecimento aumentou em todas as áreas da saúde.

COMPARAÇÃO ENTRE OS 2 MOMENTOS AVALIATIVOS EM RELAÇÃO AO NÍVEL DE CONHECIMENTO

Ao fazer uma análise geral entre os resultados do primeiro e do segundo momento em relação ao conhecimento dos sujeitos nas diferentes áreas de saúde, verificou-se que foram encontradas diferenças significativas entre os conhecimentos no primeiro momento e os conhecimentos verificados com a avaliação no segundo momento em todas as áreas ($p<0,05$), excepto a área da psicologia, em que essa diferença, apesar de ter obtido melhores resultados no segundo momento, não revelou dados significativos ($p=0.079$) (Quadro 1). No geral os inquiridos obtiveram melhores resultados no segundo momento (Quadro 2)

Quadro 1. Teste de significância de Man-Whitney entre o primeiro e o segundo momento nas diferentes áreas da saúde.

Test Statistics[a]

	Prevenção	Área de	Área de	Área de	Área de	Área de Terapia	Área de
Mann-Whitney U	1808,500	950,000	2329,000	2358,000	2004,500	1700,000	2085,000
Wilcoxon W	4583,500	3725,000	5104,000	5133,000	4779,500	4475,000	4860,000
Z	-4,842	-7,626	-2,658	-1,756	-3,783	-4,462	-2,666
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,008	,079	,000	,000	,008

a.

Quadro 2. Teste de significância de Man-Whitney entre o conhecimento nas áreas da saúde e os dois momentos avaliativos.

Test Statistics[a]

	Total conhecimentos na área
Mann-Whitney U	1699,000
Wilcoxon W	4474,000
Z	-5,271
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a.

Por fim, encontraram-se diferenças muito significativas entre os resultados do primeiro e segundo momento avaliativo ($p=0.000$), onde se verifica que os resultados melhoraram no segundo momento.

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE CONHECIMENTO E AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Não foi encontrada uma relação significativa entre a idade, género e as diferentes áreas de conhecimento de saúde antes de se fazer a intervenção, e voltou-se a não encontrar uma relação significativa entre as variáveis nas diferentes áreas de saúde, no segundo momento avaliativo (Quadro3 e Quadro 4).

Quadro 3. Teste de correlação de Spearman entre o conhecimento nas áreas da saúde e a idade dos sujeitos.

Correlations

			Idade do	Total conhecimentos na área
Spearman's rho	Idade do Sujeito	Correlation Coefficient	1,000	-,012
		Sig. (2-tailed)	.	,890
		N	134	134
	Total conhecimentos na área da saúde	Correlation Coefficient	-,012	1,000
		Sig. (2-tailed)	,890	.
		N	134	146

Quadro 4.Teste de significância de Man-Whitney entre o género dos sujeitos e cada área da saúde no segundo momento avaliativo.

Test Statistics[a,b]

	Prevenção	Área de	Área de	Área de	Área de	Área de Terapia	Área de
Mann-Whitney U	641,000	645,500	660,500	650,500	565,500	586,500	657,000
Wilcoxon W	1421,000	1425,500	1440,500	1430,500	1345,500	1366,500	1252,000
Z	-,708	-,284	-,098	-,232	-2,463	-1,207	-,086
Asymp. Sig. (2-tailed)	,479	,777	,922	,816	,014	,228	,932

a.

b.

Já no segundo momento avaliativo, após a intervenção, os resultados encontrados revelam diferenças significativas entre género na área de fisioterapia (U=565,500; p=0,014), onde o género feminino obteve melhores resultados. Em relação às outras áreas de conhecimento não se verificou diferenças significativas ao nível do género (Quadro 4).

Quadro 5. Teste de significância de Man-Whitney entre o total de conhecimento nas áreas da saúde e o género do sujeito.

Test Statistics[a]

	Total conhecimentos na área
Mann-Whitney U	2421,000
Wilcoxon W	5347,000
Z	-1,108
Asymp. Sig. (2-tailed)	,268

a.

Como se pode constatar na tabela, não foram encontradas diferenças significativas ao nível do género dos sujeitos quanto aos conhecimentos na área da saúde.

DISCUSSÃO

Ao analisar os dados obtidos após a intervenção "Saber em Saúde", verificou-se que os sujeitos da amostra em estudo aumentaram significativamente os seus conhecimentos nas

diversas áreas da saúde. Estes resultados foram ao encontro de outros estudos realizados na área de conhecimentos relacionados com a promoção de comportamentos saudáveis em que também obtiveram resultados satisfatórios no que diz respeito ao aumento de conhecimento das crianças após os programas e intervenções. Tomam-se como exemplo vários estudos: o estudo realizado por Florença e Braz (2006), em que um programa de saúde oral realizado com crianças do 1.º ciclo do ensino básico obteve resultados bastante significativos no aumento do conhecimento das crianças sobre bons hábitos de higiene oral; outro estudo que dá conta dos bons resultados que tem vindo a ter este tipo de estudos foi o realizado por Mendes e Antunes (2006), em que ao promover a saúde a "brincar" com crianças do 1.º e 2.º ciclo do ensino básico aumentou-se o conhecimento das crianças nesta área; Pereira e seus colaboradores (2000) também conseguiram resultados bastantes satisfatórios com o programa "Aprender a Escolher: Promoção da Saúde no Contexto Escola"; e, por último, o estudo realizado por Santos (2004), sobre educação alimentar, mas desta vez com uma amostra de alunos do 8.º ano do 3.º ciclo do ensino básico de diversas escolas concluiu, mais uma vez, a eficácia destes programas tendo obtido bons resultados no aumento de conhecimento dos alunos. Estes estudos vão no seguimento dos objectivos defendidos pela Direcção Geral de Saúde para as Escolas Promotoras de Saúde.

Ao longo deste estudo, procurou-se verificar se haveria diferenças significativas no conhecimento dos alunos nas diversas áreas abordadas pela intervenção. Constatou-se então, que em todas as áreas a amostra obteve melhores resultados após a intervenção, reforçando mais uma vez a pertinência da elaboração deste tipo de intervenções.

Ao analisar a influência das variáveis sócio-demográficas nos resultados obtidos, verificou-se que a idade e o género dos sujeitos por si só não influenciaram consideravelmente os resultados desta amostra.

Apesar do género não ter demonstrado influência significativa nos resultados desta amostra, na área da fisioterapia o género feminino obteve significativamente melhores resultados que o masculino, o que leva a questionar a razão deste acontecimento. Não foram encontrados estudos que pudessem sustentar estes resultados, contudo, surge a hipótese não investigada, de um interesse maior por parte do género feminino por esta área da saúde visto que, com o estudo realizado por Barreiros e Neto (2001), com uma amostra de adolescentes portugueses que comparou o desenvolvimento motor com o género, constataram que a participação feminina em actividades desportivas está em modificação. Chegaram à conclusão que, especialmente nos países mais desenvolvidos, a participação feminina tem aumentado proporcionalmente, reduzindo a amplitude das diferenças entre sexos. Justificam esta mudança através do impacto que o *mass media* e todo o *marketing* têm provocado na mudança de mentalidades, pois cada vez mais uma determinada representação da mulher é valorizada, a prática de desporto e o cuidado com a imagem são actividades consideradas indispensáveis.

Verificou-se também que no primeiro momento, antes da intervenção e com a aplicação do questionário, os alunos de uma forma geral, apresentaram conhecimentos médios em relação a todas a áreas da saúde. Possivelmente os conhecimentos revelados caracterizam-se pelo resultado das aprendizagens correspondentes ao Currículo Nacional do Ensino Básico (2007), assim como, pelos próprios ensinamentos sociais e familiares que poderão também influenciar estes resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar a eficácia da intervenção "Saber em Saúde" realizada pela equipa de saúde escolar do Centro de Saúde da Lapa, pode-se concluir que os objectivos de uma forma geral foram cumpridos, os alunos da amostra aumentaram significativamente os

seus conhecimentos nas áreas da saúde, após a intervenção.

Contudo, não se pode deixar de apontar alguns pontos menos positivos, apesar de, em todas as áreas da saúde os alunos terem aumentado os seus conhecimentos, na área da Psicologia os resultados não se revelaram significativos, apesar de ter havido um aumento. Não se encontrou na literatura nada que justificasse directamente tal ocorrência, no entanto, surgiu a hipótese dos temas em discussão nesta área serem de um grau de subjectividade elevado e, necessitarem do tipo de pensamento formal adquirido e bem consolidado. Como mais de 80% da amostra deste estudo é constituída por sujeitos com menos de 11 anos, este resultado vai de algum modo ao encontro dos estudos feitos por Eiser (1997) que afirma que, as crianças na fase operatória concreta (7-11 anos), o pensamento torna-se mais específico, contudo, reconhecem um número limite de factores que são responsáveis por determinadas doenças. Só na fase formal (a partir dos 11 anos) a compreensão da doença é realçada por uma educação biológica (Eiser, 1997, cit. por Malheiro, 2003). Visto isto, será necessário, para estudos futuros, rever as questões desta área da saúde.

Apresentam-se algumas limitações encontradas com a elaboração deste estudo: o tamanho reduzido da amostra (74 alunos); o facto de esta não ser homogénea e não seguir uma distribuição normal; o questionário (de escolha múltipla) utilizado pela equipa limitou as respostas, (seria mais vantajoso um questionário e uma entrevista a fim de verificar se os conhecimentos teriam sido realmente apreendidos); e, por fim, o questionário sócio-demográfico foi muito incompleto, (não possibilitou diferenciar o sujeito, o que não nos permitiu tirar outras conclusões que, na área da psicologia, poderiam ser de grande importância).

Seria interessante apostar na contínua formação desta amostra, passando agora para um programa com uma vertente mais prática e interventiva de forma a possibilitar mais concretamente, não só, o conhecimento de um estilo de vida saudável mas também, garantir todas as possibilidades para a escolha de comportamentos saudáveis.

A própria replicação do estudo a outros anos lectivos, a fim de garantir que estes conhecimentos são o mais precocemente adquiridos, de forma a possibilitar que as crianças tenham acesso ao conhecimento de estilos e comportamentos saudáveis, apostando no modelo centrado na saúde e na prevenção da doença.

Conclui-se que, apesar de todas as limitações apontadas, os resultados apresentados por esta amostra são significativos no que diz respeito ao aumento do conhecimento dos alunos do 4.º ano após a intervenção "Saber em Saúde" o que confirma a importância e pertinência de continuar a fazer este tipo de intervenções nas Equipas de Saúde Escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, M., I. (1995). Educação para a saúde – *Guia para professores*. Texto Editora: Lisboa.

Araújo, M. S. (1999). *Promoção da Saúde Psicossexual na Adolescência – Avaliação da Eficácia de um Projecto-piloto*. Dissertação de Mestrado.Minho: Universidade do Minho Braga.

Barreiro, J. & Neto, C. (2001). O Desenvolvimento Motor e o Género. Faculdade de Motricidade Humana Universidade Técnica de Lisboa: Lisboa recuperado a 2 de Setembro de 2008 http://www.fmh.utl.pt/Cmotricidade/dm/textosjb/texto_3.pdf

Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Currículo Nacional do Ensino Básico, 2007. Competências Essências. Resgatado a 7 de Março, 2008, de http://www.min-edu.pt/

Florença, C., Braz, I. (2006). Programa de promoção da saúde oral: Adesão à aplicação de selantes

de fissura e promoção de hábitos de saúde oral. In R. Correia, I. Trindade, & J. A. C. Teixeira (Eds.). *Actas da V Conferência Psicológica nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 75-88). Lisboa: ISPA

Gomes, M., H., A. (2000). Memória e o Sucesso Escolar. (Recensão critica dão livro de Alain Liery recuperado a 21 de Julho de 2008 www.educare.pt/BibliotecaDigitalPE/ Memoria_sucesso_escolar.pdf.

Maça, L. & Trindade, I. (1997). Intervenção psicológica em programas de saúde escolar no sistema de cuidados de saúde primários. In J. L. P. Ribeiro (Ed.). *2.ª Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.149-163). Lisboa: Ispa

Malheiro, M. R. (2003). O Desenvolvimento das Representações de Saúde e Doença em Crianças nos Estádios Concreto e Formal. Dissertação de Mestrado.Lisboa: ISPA.

Maroco, J. (2007), (3.ª Ed). Análise Estatística – Com utilização do SPSS. Edições Silabo: Lisboa.

Mendes, C., &. Antunes, E. (2006) Promover a saúde "a brincar". In R. Correia, I. Trindade, & J. A. C. Teixeira (Eds.). *Actas da V Conferência Psicológica nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 75-88). Lisboa: ISPA

Pereira, M., G., Sarrico, L., Oliveira, S., & Parente, S.(2000) Aprender a Escolher: Promoção da Saúde no Contexto Escola. In *Psicologia Teoria, Investigação e Prática*. Minho: Universidade do Minho. (pp. 147-158).

Programa Nacional de Saúde Escolar, Despacho n.º12.045/2006 (2.º série), Publicado no Diário da Republica n.110 de 7 de Junho. Recuperado a 13 de Dezembro, 2007, de http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf

Ribeiro, J.,L.,P., (2007). Metodologia de investigação em psicologia e saúde. Porto: Legis Editora/ Livpsic.

Rogado, T., & Teixeira, J., C. (1997) Intervenção psicológica na educação para a saúde no sistema de cuidados de saúde primários. In J. L. Pais Ribeiro (Ed.). *2.ª Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.169-178). Lisboa: ISPA.

Santos, M., B,.G. (2004). Educação Alimentar na Escola. Avaliação de uma intervenção pedagógica dirigida a alunos do 8.º ano de escolaridade. Tese de Mestrado. Instituto de Educação e Psicologia: Universidade do Minho.

SAÚDE E BEM-ESTAR NA TRANSIÇÃO PARA O ENSINO SUPERIOR: INFLUÊNCIA DOS ESTILOS DE VIDA NOS PROCESSOS DE ADAPTAÇÃO ACADÉMICA

Sónia F. Carvalho[1] & José P. Cruz[2]

Resumo

A presente investigação teve como objectivo determinar a influência das variáveis Estilos de Vida, Felicidade Subjectiva e Indicadores de Psicopatologia nos processos de transição e adaptação para o Ensino Superior em alunos de primeiro ano. Concluiu-se, acima de tudo, que estilos de vida mais saudáveis, promovem melhores níveis de adaptação académica, determinam uma avaliação mais positiva do bem-estar subjectivo e, em contraponto, são responsáveis pela diminuição dos níveis de mal-estar psicológico. Provou-se ainda, que a avaliação subjectiva que os alunos fazem da sua felicidade varia em sentido contrário dos níveis dos indicadores de psicopatologia e que tanto níveis superiores de felicidade subjectiva como níveis inferiores de mal-estar psicológico contribuem para uma adaptação académica de qualidade.

Palavras-chave

Adaptação académica; estilos de vida; bem-estar subjectivo.

A determinação do momento no ciclo de vida em que termina a adolescência e inicia a idade adulta nunca foi claro nas sociedades ocidentais e as mudanças socioculturais actuais têm tornado esta transição mais complexa e morosa, dando lugar ao aparecimento de um novo período do desenvolvimento humano.

Este novo período, designado de jovem-adulto é particularmente vivenciado pelos alunos que frequentam o Ensino Superior, especialmente aqueles que se encontram a frequentar os primeiros anos, podendo constituir-se como processo gerador de stresse (Wintre e Sugar, 2000) ou como momento gerador de mudança e de novas aquisições e restruturações pessoais, com importante reflexo no desenvolvimento cognitivo e psicossocial.

O processo de transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior confronta o estudante, paralelamente às mudanças desenvolvimentais operadas neste novo momento do ciclo de vida, com a resolução em simultâneo de um conjunto de tarefas que de acordo com vários autores (Almeida, Soares & Ferreira, 2000; Evans, Forney & Dibritto, 1998; Gordan, 1995; Komives, Delworth & Woodard, 1996; Scwitzer, Ancis & Griffin, 1998) se distribuem por quatro domínios principais: (1) *académico* (o ensino superior requer, face à especificidade dos sistemas de ensino e avaliação, novas competências de estudo e estratégias de aprendizagem e níveis mais elevados de organização e envolvimento por parte dos alunos); (2) *social* (a transição para o ensino superior promove o desenvolvimento de padrões de relacionamento interpessoal mais maduros na relação com a família, professores e colegas, pessoas do sexo oposto e figuras de autoridade); (3) *pessoal* (o percurso académico deve potenciar a aquisição de um auto e hetero conceitos

1. Instituto Politécnico de Beja. **sonia.carvalho@sas.ipbeja.pt**
2. Universidade do Algarve. **jcruz@ualg.pt**

positivos, a promoção de afectos positivos, o estabelecimento de um forte sentido de identidade, promoção de interesses pessoais e de estilos de vida saudáveis) e (4) *vocacional/institucional* (a experiência no meio académico requer o desenvolvimento de uma identidade vocacional, constituindo-se como espaço de exploração ou reexploração de um projecto vocacional e profissional).

Estes domínios também se encontram expressos no modelo de desenvolvimento psicossocial de Chickering, que se baseia na assumpção de que cada estádio do desenvolvimento humano é definido pela emergência de vectores de desenvolvimento que "favorecem a individuação, a descoberta e o refinamento do modo único de ser" (Chickering & Reisser, 1993; p. 35) e que atingem a sua expressão máxima durante os anos de frequência do Ensino Superior.

Este período surge, assim, como uma experiência de transição desenvolvimental, que exige a resolução destas tarefas normativas da juventude, a construção de um estilo de vida e de um projecto para essa mesma vida e neste contexto, o Ensino Superior tem um papel central, na medida em que permite diversificar experiências sociais, culturais e intelectuais.

De facto, se por um lado a qualidade de adaptação académica depende da confluência de factores individuais (psicológicos e biológicos), por outro lado depende também de factores contextuais (sociais), cabendo às Instituições de Ensino Superior proporcionar aos estudantes um ambiente estimulante, saudável, positivo, diversificado e desafiante, promotor de crescimento e desenvolvimento psicossocial (Chickering & Reisser, 1993; p. 41).

A investigação tem sugerido que os desafios deste novo contexto educativo estão na base de várias dificuldades psicossociais que se reflectem na qualidade da adaptação, aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes, especialmente do primeiro ano (Diniz, 2001, 2005; Ferreira & Ferreira, 2005; Pascarella & Terenzini, 1991; Santos & Almeida, 2000), aspecto que tem justificado que os alunos que frequentam o Ensino Superior em geral, e os que ingressaram pela primeira vez em particular, tenham sido assumidos como uma população-chave no estudo dos processos de transição/adaptação em contexto académico, tanto no plano internacional da investigação (Pascarella & Terenzini, 1980, 1991, 1992; Pascarella, Edison & Nora, 1996; Ting & Robinson, 1998; Tinto, 1987; Upcraft & Gardner, 1989; Wintre & Sugar, 2000) como, mais recentemente, no plano nacional (Almeida, Soares & Ferreira, 2000; Faria & Santos, 1998; Lencastre, Guerra, Lemos & Pereira, 2000; Martins, 1998; Pereira et al., 2004, 2005; Santos, 2001; Santos & Almeida, 2000; Soares, 1998; Tavares, Santiago & Lencastre, 1998, 1999; Tavares, Santiago, Taveira, Lencastre & Gonçalves, 2000). Os resultados destas investigações têm indicado que mais de metade dos estudantes que ingressam no Ensino Superior revelam dificuldades nesta transição (Leitão & Paixão, 1999), que as taxas de insucesso e abandono neste primeiro ano são elevadas (Broonen, Pireaux & Wlagraffe, 1994; Van Vracem & De Ketele, 1983), que a qualidade da integração/adaptação académica é a variável-chave na tomada de decisão dos estudantes em desistir ou permanecer na Instituição (Bean, 1985; Tinto, 1993), que a percepção do grau de integração/adaptação se encontra positivamente correlacionada com o sucesso académico objectivo (Tavares, Santiago, Taveira, Lencastre & Gonçalves, 2000) e que os níveis de psicopatologia nesta população têm aumentado drasticamente nos últimos anos (Stone & Archer, 1990), compreendendo doenças psiquiátricas, distúrbios do comportamento e dificuldades psicológicas e sociais, que podem ter efeitos seriamente perniciosos na capacidade de os estudantes prosseguirem os seus estudos adequadamente.

Tais constatações determinam que o primeiro ano de frequência no Ensino Superior seja conceptualizado como um período crítico, potencializador de crises e/ou desafios

desenvolvimentais e como o factor determinante dos padrões de desenvolvimento estabelecidos pelos jovens ao longo do seu percurso académico (Almeida, Soares & Ferreira, 2000, Bastos, 1998; Bastos & Gonçalves, 1996; Heath, 1968; Pascarella & Terenzini, 1991) podendo inclusivamente influenciar negativamente a qualidade de inserção profissional dos recém-licenciados, assim como o envolvimento futuro em processos de aprendizagem ao longo da vida (Tavares et al., 1999) e provam que o processo de transição/adaptação ao Ensino Superior deve ser conceptualizado como complexo, multifactorial, preditor do rendimento académico, do desenvolvimento académico e psicossocial do aluno (Clarke, 1998), do seu sucesso académico, saúde e bem-estar.

Estes resultados das investigações levam-nos a considerar que garantir um processo de transição e adaptação ao Ensino Superior de qualidade, assim como o investimento na promoção de estilos de vida saudáveis na população académica, cuja prevenção ou remediação passa pela mudança de atitudes e comportamentos, dependendo, além de factores pessoais e das suas interacções com o ambiente físico, social e cultural, da situação económico-financeira e das aprendizagens sociais (Tudor, 1996), permite intervir no combate a algumas das causas explicativas do insucesso académico (Auspaugh, Dinan, & Auspaugh, 1999; Conner e Norman, 1995; Pereira, 2005; Pereira et al., 2006) e contribui para a saúde e para o bem-estar geral dos alunos.

Assim, qualquer intervenção promotora e facilitadora do processo de transição/adaptação, promotora de sucesso académico, da saúde e bem-estar deve fomentar as competências académicas/vocacionais, relacionais, pessoais e a adopção de estilos de vida saudáveis e basear-se nos modelos de desenvolvimento psicossocial.

Embora se verifique um número significativo de estudos sobre os processos de adaptação ao Ensino Superior, especialmente em alunos do primeiro ano, a não existência em nosso conhecimento de investigações sobre as possíveis relações entre os estilos de vida, a felicidade subjectiva, mal-estar psicológico e a qualidade de adaptação académica, sugeriu-nos a realização do presente estudo, cujos resultados a seguir se apresentam.

METODOLOGIA

Participantes

A presente investigação contou com a participação de alunos do Instituto Politécnico de Beja e da Universidade do Algarve a frequentar cursos nas áreas de Engenharia, Ciências da Saúde, Ciências Sociais e Humanas e Ciências Biológicas. No total preencheram o questionário de forma válida 266 participantes, tendo existido um consentimento informado oral e dada a garantia de confidencialidade e anonimato. A média de idades é igual a 22 anos (*M*=21,59; *DP*=4,177; *mínimo*=18; *máximo*=44), tendo participando neste estudo 108 homens e 158 mulheres, maioritariamente solteiros (93,6), sem estatuto de trabalhador-estudante (87,2%) a frequentar cursos que candidataram como primeira opção (69,9%).

Material

Com o objectivo de aceder aos dados sócio-demográficos dos sujeitos que integraram o estudo foi construído um questionário composto por questões destinadas a apurar a idade, o género, o estado civil, a instituição de ensino superior frequentada (*campus*), o curso, o estatuto e a opção do curso.

A avaliação da qualidade da adaptação académica dos estudantes foi realizada através do Questionário de Vivências Académicas – Versão Reduzida (Almeida, Ferreira & Soares, 1999), constituído por 60 itens, distribuídos por cinco dimensões - pessoal, interpessoal, carreira, estudo e institucional. Todas as subescalas possuem itens positivos (cotados de

1 a 5) e negativos (cotados inversamente), sendo que a pontuação total pode variar de 60 a 300, de modo a que quanto maior for a pontuação em cada subescala mais positivas e satisfatórias serão as vivências académicas em causa, ou seja, mais positivamente se pode concluir pela adaptação ou ajustamento do estudante ao novo contexto de ensino.

Foi ainda utilizado o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (*Brief Symptom Inventory- BSI*), desenvolvido por Derogatis em 1982 e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999), com o objectivo de avaliar a sintomatologia psicopatológica dos estudantes. Trata-se de um instrumento reduzido do SCL-90-R, com 53 itens, de auto-resposta em que os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afectou durante a última semana. A escala é do tipo Likert, em que a possibilidade de resposta vai desde *Nada* (1) a *Extremamente* (5), sendo que a pontuação total pode variar de 53 a 265. Para efeito da presente investigação, apenas utilizámos o Índice Geral de Sintomas (IGS), que é geralmente considerado um bom indicador dos níveis do mal-estar psicológico.

Como é sabido o BES é um constructo multidimensional, composto por uma avaliação global da felicidade (componente cognitiva) e uma avaliação dos estados emocionais negativos e positivos (componente afectiva). Do ponto de vista dos objectivos desta investigação interessava-nos mais a avaliação geral que os alunos faziam da sua felicidade do que a avaliação dos seus estados emocionais actuais. Por essa razão optámos por utilizar um único avaliador do BES, seleccionando naturalmente o indicador mais geral: a Escala de Felicidade Subjectiva. Esta Escala, foi desenvolvida por Lyubomirsky (1999) e traduzida por Bertoquini e Pais-Ribeiro (2004), e comporta 4 itens que avaliam a componente cognitiva do BES, a satisfação com a vida. Dois dos itens pedem ao sujeito para se caracterizar a si próprio, primeiro como caracterização absoluta e depois por comparação aos outros. Seguem-se então duas questões relativamente a breves descrições de pessoas felizes e infelizes pedindo para o sujeito verificar em que medida se identifica com elas. A resposta dos sujeitos é atribuída segundo uma escala de Likert de 1 a 7, sendo que a pontuação total pode variar entre 4 a 28, correspondendo de menos feliz a mais feliz com a vida.

Os estilos de vida foram avaliados pelo *Questionário de Estilos de Vida no Ensino Superior* (QEVES), de Carvalho e Cruz (no prelo) constituído por 36 itens que pretendem avaliar comportamentos de saúde e de risco[3] em jovens adultos a frequentar o Ensino Superior, compreendendo questões relativas aos quatro aspectos tradicionais dos estilos de vida (consumos de drogas lícitas e ilícitas, alimentação, exercício físico), mas também abrangendo outros domínios (comportamentos sexuais, hábitos de sono, gestão ocupacional, relacionamento interpessoal, comportamentos de segurança e auto-cuidado em saúde). Trata-se de um instrumento unifactorial, de auto-resposta que utiliza uma *rating scale* de tipo-*likert* de 5 pontos (1=nunca; 2=raramente; 3=algumas vezes; 4=frequentemente e 5=sempre). A cotação faz-se através do somatório da pontuação em cada item. Os itens que se referem a estilos de vida não saudáveis são cotados de forma inversa. Após o somatório de todos os itens obtém-se o valor total, que pode variar entre 36 e 180, sendo que quanto mais elevada for a pontuação mais saudáveis são os estilos de vida.

Procedimento

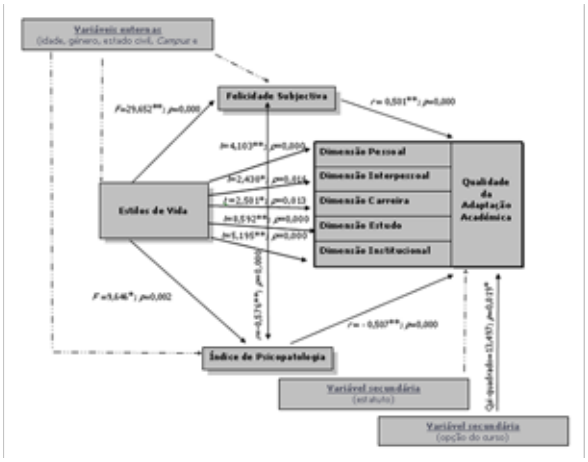
Recorreu-se ao programa SPSS, versão 14.0, para fazer a análise estatística, nomeadamente estatísticas descritivas, correlacionais (Correlação de Pearson), estatísticas inferenciais (Regressão Linear Simples e Múltipla), testes paramétricos (T Student; ANOVA) e não paramétricos (Kruskal-Wallis).

3. O QEVES propondo-se avaliar o comportamento e atitudes dos indivíduos em áreas que a investigação tem demonstrado estarem associadas à saúde, é por excelência um instrumento de avaliação dos comportamentos de saúde e de risco.

RESULTADOS

O conjunto de resultados que a nossa investigação apurou permitiu-nos responder às hipóteses de investigação que colocámos inicialmente, pelo que com vista a facilitarmos a leitura da natureza e grau das relações entre as variáveis em análise, procedemos a exemplificação do modelo da figura 1 que a seguir se apresenta.

Figura 1. Representação gráfica do modelo em estudo com referência aos resultados obtidos



*Legenda: **Muito Significativo; * Significativo*

Os resultados obtidos neste estudo provaram que variáveis sócio-demográficas (*idade, género, estado civil, campus e curso*) não apresentaram influência significativa nas variações da variável dependente qualidade da adaptação académica. Ao contrário do que supúnhamos à partida, o estatuto dos alunos não influenciou significativamente a qualidade de adaptação académica, para além de a média do grupo *trabalhador-estudante* ter sido superior à média do aluno *estudante*, e não ao contrário como previmos.

Verificámos ainda que a opção de curso influi negativamente na adaptação académica dos estudantes (Qui-quadrado=13,497; p=0,019*), sendo esta influência mais clara nas dimensões *Interpessoal*, *Carreira* e *Estudo*.

Como facilmente se observa Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de adaptação académica, sendo que esta influência se encontra presente em todas as dimensões do QVA-r, sendo a relação de dependência significativa nas dimensões *Interpessoal* (t=2,430*; p=0,016) e *Carreira* (t =2,501*; p=0,013) e muito significativa nas dimensões *Pessoal* (t=4,103**; p=0,000), *Institucional* (t=5,195**; p=0,000) e *Estudo* (t=8,592**; p=0,000).

Da mesma forma Estilos de Vida mais saudáveis determinam uma avaliação cognitiva mais positiva do bem-estar subjectivo (F=29,652**; p=0,000) e diminuem os níveis de mal-estar psicológico (F =9,646*; p=0,002), tal como ele é avaliado pelo Índice Geral de Sintomas do BSI.

Por sua vez melhores níveis de felicidade subjectiva, induzem melhores níveis de adaptação académica (r=0,501**; p=0,000) e níveis superiores de mal-estar psicológico (r=- 0,507**; p=0,000), induzem níveis inferiores de adaptação académica, sendo que a avaliação subjectiva que os alunos fazem da sua felicidade varia em sentido contrário dos níveis dos indicadores de psicopatologia (r =-0,576**; p=0,000).

Quadro 1. Resultados da Correlação Múltipla entre o QVA-r, o QEVES, a EFS e o IGS

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	Sig.
	B	Erro padrão	Beta		
QEVES _Total	0,428	0,107	0,201	4,019**	0,000
EFS_Total	2,073	0,398	0,312	5,203**	0,000
BSI _IGS	-13,155	2,420	-0,315	-5,436**	0,000
(Constante)	124,951	15,384		8,122**	0,000

Variável Dependente: QVA - r Total; Variáveis Independentes: QEVES Total, EFS Total e IGS
*** Muito Significativo*

No conjunto, podemos comprovar através da análise dos resultados apresentados no Quadro 1, que as três variáveis independentes consideradas neste estudo (estilos de vida, felicidade subjectiva e indicadores de psicopatologia) explicam de forma muito significativa a variância da qualidade da adaptação académica.

Das três variáveis a mais influente, de forma positiva, na qualidade da adaptação académica dos estudantes é a felicidade subjectiva, seguida dos estilos de vida. Os indicadores de psicopatologia, tal como eles são medidos pelo IGS, influenciam de forma também muito significativa os resultados aos QVA-r, mas no sentido contrário, como já vimos.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que os estilos de vida assumem um papel primordial na promoção de um processo de adaptação académica de qualidade, mediado pela influência positiva da felicidade subjectiva (satisfação com a vida) e negativa dos indicadores de psicopatologia.

Ainda que os resultados tenham mostrado a importância dos estilos de vida em todas as dimensões do QVA-r, esta variável independente mostrou ser a maior responsável pela qualidade de adaptação académica na dimensão Estudo, o que demonstra a enorme importância dos estilos de vida na promoção do rendimento académico, assim como na dimensão Institucional, revelando fomentar, de forma significativa, melhores níveis de interesse, satisfação, conhecimento e percepção da qualidade, relativos aos serviços e estruturas existentes na Instituição de Ensino Superior frequentada.

Consideramos ainda, em função dos resultados obtidos e da constatação cada vez mais evidente de que as dificuldades na resolução das tarefas e desafios que se impõem aos alunos que frequentam o Ensino Superior são fonte de sofrimento psicológico, que a qualidade de adaptação académica depende também das exigências e apoios deste novo contexto. Desta forma, é nosso entendimento que a Instituição de Ensino Superior que apoia e sustenta um serviço de apoio psicológico para os seus alunos, assume uma função de promoção da saúde e do bem-estar do estudante, condições essenciais aos processos de adaptação.

Cabe pois às Instituições de Ensino Superior, através dos seus Serviços de Apoio Psicológico, disponibilizar serviços de consulta psicológica, mas também desenvolver programas de promoção e educação para a saúde enquanto processos de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos com vista a potenciar a sua percepção individual de competência, felicidade pessoal e valor próprio, quando a escolha é adoptar e manter estilos de vida saudáveis. Promover a saúde no ensino superior, deve assim ser tomar medidas no dia-a-dia, quer a nível individual, quer a nível colectivo, participadas, concretizáveis e que garantam que a adopção de estilos de vida saudáveis seja uma opção

fácil, motivante e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social, bem como uma fonte de prazer e de felicidade pessoal.

REFERÊNCIAS

Almeida, L. S., Soares, A. P., & Ferreira, J. A. (2000). Transição e adaptação à universidade: apresentação de um questionário de vivências académicas (QVA). *Psicologia, 14 (2)*, 189-208.

Almeida, L.S., Ferreira, J.A.G. & Soares, A.P.C. (1999). *Adaptação, rendimento e desenvolvimento dos estudantes no ensino superior: Construção/validação do Questionário de Vivências Académicas.* Relatórios de Investigação. Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.

Auspaugh, D., Dignan, M., & Auspaugh, S. (1999). *Development health promotion programs*. New York: W. C. Brown & Mc Graw-Hill.

Bastos, A., & Gonçalves, O. F. (1996). Intervenção psicológica no ensino superior: Construção, implementação e avaliação de um programa de desenvolvimento pessoal. *Intervenção Psicológica: Teoria, Investigação e Prática, 1*, 195-206.

Bastos, R. G. (1998). *Desenvolvimento pessoal e mudança em estudantes do ensino superior: Contributos da teoria, investigação e prática*, Dissertação de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.

Bean, J. P. (1985). Interaction effects based on class level in a exploratory model f college student dropout syndrome. *American Educational Research Journal, 22 (1)*, 35-64.

Broonen, J. P., Pireaux, J. P., & Walgraffe, R. (1994). Belgium In E. Bell, C. McDevitt, G. Rott & P. Valerio (Eds.), *Psychological Counselling in Higher Education: An European overview* (pp. 31-37). Napoli: La Città del Sole.

Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos In *Testes e Provas Psicológicas em Portugal (Vol.2)*, Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves e Leandro S. Almeida (Eds.). Braga: APPORT/SHO.

Chickering, A.W., & Reisser, L. (1993). *Education and identity* (2nd Ed.). São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Clarke, J. A. (1998). Student's Perceptions of Different Tertiary Environment In L., Almeida, A., Gonçalves, A., Salgueira, A. Soares & J. Machado (2002), *Percursos e expectativas de estudantes universitários: Estudo com alunos do 1.º ano da Universidade do Minho*. Actas do VI Congresso de Psicopedagogia.

Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.

Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.

Diniz, A. M. (2001). *Crenças, escolha de carreira e integração universitária.* Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga.

Diniz, A. M. (2005). *A Universidade e os seus estudantes: Um enfoque Psicológico.* Lisboa: ISPA.

Evans, N. J., Fornely, D. S., & Dibritto, F. G. (1998). *Student development in college: Theory, research and practice.* São Franscisco: Jossey-Bass Publishers.

Faria L., & Santos, N. L. (1998). Validação de uma escala de concepções pessoais de competência no contexto universitário. *Actas do IV Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho.

Ferreira, I. S., & Ferreira, J. A. (2005). As mudanças psicossociais no jovem adulto e a adaptação ao contexto do ensino superior. In *Actas do 2.º Congresso Hispano-Português de Psicologia.* Braga: Universidade do Minho.

Gordan, V. N. (1995). *The undecided college student: Na academic and career advising challenge* (2.ª ed.). Springfield: Charles Thomas Publisher.

Heath, D. (1968). *Growing up in college*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Komives, S. R., Delworth, U., & Woodard, D. (1996). *Student services: A handbook for the profession.* São Franscisco: Jossey-Bass Publishers.

Leitão, L. M., & Paixão, M. P. (1999). Contributos para um modelo integrado de orientação escolar e profissional no ensino superior. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 1,* 191-209.

Lencastre, L., Guerra, M. P., Lemos, M. S., & Pereira, D. C. (2000). Adaptação dos alunos do 1.º ano das licenciaturas da faculdade de ciências da Universidade do Porto. In J. Tavares & R.A. Santiago (Eds.). *Ensino Superior: (In)sucesso Académico.* Porto: Porto Editora.

Pascarela, E. T., & Terenzini, P. (1980). Predicting freshman persistence and voluntary dropout decisions from a theoretical model. *Journal of Higher Education, 20*, 1-6.

Pascarela, E. T., & Terenzini, P. (1991). *How college affects students: Findings and insights from twenty years of research.* São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Pascarela, E. T., & Terenzini, P. (1992). *Designing colleges for greater learning*. Planning for Higher Education, *20*, 1-6.

Pascarela, E., Edison, M., & Nora, A. (1996). Influences on student's openness to diversity and challenge in the first year of college. *Journal of Higher Education, 67*, 174-195.

Pereira, A M. S., Decq Motta, E., Vaz, A. L., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A. C., Ferreira, J., Rodrigues, M. J., Medeiros, A., & Lopes, P. N. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: Estratégias de Intervenção. *Análise Psicológica, 1 (24)*, 51:59.

Pereira, A. M. S. (2004). Novos labirintos do corpo e da mente: apoio na vivência académica. Comunicação apresentada no *IV Fórum de Investigação e Intervenção Psico-Pedagógica no Ensino Superior – Saúde, Desporto e Cultura*, Beja: Instituto Politécnico de Beja (21, Outubro).

Pereira, A. M. S. (2005). *Para obter sucesso na vida académica – Apoio dos estudantes pares.* Aveiro: Universidade de Aveiro.

Santos, L. (2001). *Adaptação académica e rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1.º ano.* Braga: Universidade do Minho. Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino/ Aprendizagem.

Santos, L., & Almeida, L. S. (2000). Vivências e rendimentos académicos: Estudo com alunos universitários do 1.º ano. In A.P. Soares, A. Osório, J.V. Capela, L.S. Almeida, R.M. Vasconcelos, S.M. Caíres (Orgs.), *Transição para o Ensino Superior* (pp. 99-110). Braga: Universidade do Minho, Conselho Académico.

Scwitzer, A. M., Ancis, J. R., & Griffin, O. T. (1998). Validating a proposed model of african-american student's social adjustment. *Journal of the First-Year Experience, 11, 1,* 77-102.

Soares, A. P. (1998). *Desenvolvimento vocacional de jovens adultos: A exploração, a indecisão e o ajustamento vocacional em estudantes universitários.* Dissertação de Mestrado. Braga: Uni-

versidade do Minho.

Stone, G.L. & Archer, J. (1990). College and university counselling centers in the 1990's: Challenges and limits. *The Counselling Psychologist, 18*, 539-607.

Tavares, J. S., Santiago, R., & Lencastre, L. (1999). Insucesso no 1.º ano do Ensino Superior In Investigar e Formar em Educação – Actas do *IV Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação*. Porto: SPCE, 107-128.

Tavares, J., Santiago, R. A., Taveira, M. C., Lencastre, L., & Gonçalves, O. F. (2000). Factores de sucesso/insucesso no 1.º ano dos cursos da licenciatura em Ciências e Engenharia do ensino superior (Praxis XXI). In Actas do *Seminário Transição para o Ensino Superior*. Braga: Universidade do Minho, Conselho Académico.

Tavares, J., Santiago, R., & Lencastre, L. (1998). *Insucesso no primeiro ano do ensino superior: Um estudo no âmbito dos cursos de licenciatura em ciências e engenharia na Universidade de Aveiro.* Aveiro: Universidade de Aveiro.

Ting, S-M. R., & Robinson, T. L. (1998). First-year academic success: A prediction combining cognitive and psychosocial variables for caucasian and african american students. *Journal of College Student Development, 39 (6)*, 599:610.

Tinto, V. (1987). *Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition.* Chicago: University of Chicago Press.

Tinto, V. (1993). *Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition (2nd Ed.).* Chicago: University of Chicago Press.

Tudor, K. (1996). *Mental health promotion, paradigms and practice*. London and New York: Routledge.

Upcraft, M., & Gardner, J. (1989). *The freshman year experience: Helping students survive and succeed in college*. São Franscisco: Jossey-Bass Publishers.

Van Vracem, J., & De Ketele, J. M. (1983). Factures de réussite et échec dans les premières candidatures à l'université de Louvain. Pédagogiques: *Reveux de Pédagogie de L'Enseignement Supérieur, 3 (2),* 106-117.

Wintre, M. G., & Sugar, L. A. (2000). Relationships with parents, personality and the university transition In L. Santos (2001). *Adaptação Académica e Rendimento Escolar. Estudo com alunos do 1.º ano.* Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino/Aprendizagem: Braga.

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

SAÚDE E AMBIENTE

PROJECTO DO ALÉRGICO INDIVIDUALIZADO (P.A.I.): QUE REALIDADE NO DISTRITO DE AVEIRO?

Aida Figueiredo[1] & Pedro da Mata[2]

Resumo

Segundo os resultados obtidos no estudo ISAAC, em Portugal, verificou-se que a prevalência de asma, no grupo etário 13/14 anos, entre 1993 e 2002, aumentou de 9,2% para 11,8%, a rinite de 21,3% para 26,5% e o eczema de 7,6% para 8,7%. A identificação precoce e o conhecimento dos factores desencadeantes das alergias, surgem como uma prioridade. O Projecto P.A.I. tem como objectivo identificar as crianças alérgicas e, entre estas, aquelas que pela sua alergia podem ter formas graves de alergia com eventual risco de vida. O estudo engloba cerca de 1000 crianças, com idades entre os 4 meses e os 10 anos que frequentam creches, jardins-de-infância e escolas do 1.º ciclo do distrito de Aveiro. O estudo está a ser realizado nos anos 2007 a 2009 e engloba diferentes fases.

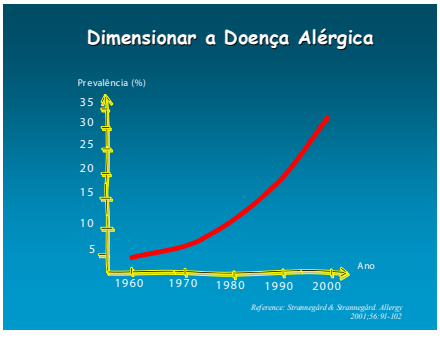
Palavras-chave

Doenças alérgicas; prevenção; educação para a saúde.

INTRODUÇÃO

Actualmente as doenças alérgicas são a 6.ª causa de doença crónica. A sua prevalência, segundo os últimos estudos, tem vindo a aumentar progressivamente nas últimas três décadas, de forma mais acentuada nas duas últimas décadas, especialmente nas sociedades ocidentais. Estima-se que cerca de 1 em cada 3 europeus sofre ou pode vir a sofrer de uma qualquer forma de alergia (Mata, 2006), representando, deste modo, um importante encargo sócio-económico nas sociedades actuais. De facto, os dados sugerem que os custos *indirectos* com as alergias, rondem os 15 mil milhões de Euros, sendo que, no ano 2000, os custos globais (directos e indirectos) da asma se estimam em 25 mil milhões de Euros e no tratamento da rinite alérgica tenham rondado os 4 mil milhões de Euros.

Figura 1. Dimensionar a doença alérgica



1. Universidade de Aveiro - Departamento Ciências da Educação - Centro de Investigação em Educação e Ciências do Comportamento. **afigueiredo@ua.pt**
2. Instituto Clínico de Alergologia – Lisboa e Associação Infantasma (Associação Ambiente e Alergias para a Promoção e Protecção da Saúde). **pedrodamata@mail.telepac.pt**

Na União Europeia, estima-se que cerca de 20 a 25% da população padeça de uma doença alérgica, 15 a 20% tenha rinite, sendo 1/3 das rinites de causa alérgica, 6 a 9% tenha asma e, os estudos parecem indicar uma associação da rinite e asma de causa alérgica em 60 a 75% dos indivíduos.

Relativamente à população infantil, dados europeus indicam que 10 a 12% das crianças sofrem de asma, 8% das crianças com idades inferiores a 6 anos têm intolerância alimentar, sendo que 2 a 4% têm reacção alérgica a alimentos e que a dermatite de causa alérgica é a patologia cutânea mais frequente, nas crianças com idades inferiores a 12 anos, tendo passado de 1-3% nos anos 60 para 10% no final dos anos 90. Estima-se, ainda, que a dermatite atópica tem uma prevalência de 10-15% na população pediátrica.

Os resultados do estudo ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) apontam para alguma variação na prevalência de sintomas de asma, eczema atópico e rinoconjuntivite alérgica, a nível mundial. Alguns dados, da fase III do ISAAC, apontam para um aumento da prevalência dos sintomas, essencialmente nos grupos com idades entre os 6-7 anos. Contudo, em outras zonas do globo (população de New Orleans), a prevalência da asma é elevada em ambos os grupos etários: 6-7A e 13-14A.

Relativamente à população portuguesa, estima-se que existam mais de 600.000 asmáticos e mais de 2,5 milhões de rinites, das quais cerca de 1 milhãqo são de origem alérgica.

Os resultados obtidos no estudo ISAAC, em Portugal, verificou-se que a prevalência de asma, no grupo etário 13/14 anos, entre 1993 e 2002, aumentou de 9,2% para 11,8%, a rinite de 21,3% para 26,5% e o eczema de 7,6% para 8,7%.

Os pontos do país que evidenciaram um maior aumento da prevalência da asma foram Lisboa (+3,7%) e Porto (+5,9%), locais que correspondem a centros mais industrializados, bem como apresentam maior tráfego automóvel.

Estudos efectuados (ISAAC) com crianças chilenas (6-7 e 13-14 anos) revelam uma associação positiva ($p<0,05$) entre o diagnóstico médico de rinite e o estatuto socioeconómico mais elevado.

Este aumento da prevalência parece dever-se a um conjunto de factores, nomeadamente genética, a dieta na gravidez, baixo peso à nascença, diminuição do tamanho das famílias, aumento do uso de antibióticos e paracetamol, associados a todo um estilo de vida ocidental, bem como, às alterações ocorridas no meio ambiente, entre outros.

Após a investigação da prevalência de doenças alérgicas, é essencial conhecer os factores desencadeantes dessa alergia. Só assim, pode ser proporcionado um tratamento dirigido e promover a respectiva prevenção da doença. O conjunto de acções preventivas implica vários compromissos, pelo que o envolvimento da família é essencial no triângulo saúde/educação/família e, assim, se obter uma boa colaboração nesta estratégia de intervenção.

OBJECTIVOS DO ESTUDO

A Universidade de Aveiro, mais concretamente os Departamentos de Ciências da Educação e de Didáctica e Tecnologia Educativa, em parceria com a Associação Infantasma - Associação Ambiente e Alergias para Promoção e Protecção da Saúde, têm vindo a desenvolver o Projecto P.A.I.- Aveiro, no ano lectivo 2007/2008, no âmbito da Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças Alérgicas e Respiratórias, cujo objectivo geral consiste em diagnosticar entre as crianças alérgicas, aquelas que pela sua patologia podem ter formas graves de alergia com eventual risco de vida, tornando-se prioritária a identificação dos factores desencadeantes, de modo a permitir uma estratégia de

intervenção (tratamento dirigido e/ou prevenção).

Importa ainda salientar alguns objectivos específicos deste projecto, a saber:

- Estabelecer condutas e sistemas de suporte para as "EADAS" (Escolas Amigas dos Alérgicos);
- Providenciar os serviços de saúde necessários para alunos que possam ter estas formas graves de alergia;
- Providenciar educação para a prevenção e vigilância das alergias aos alunos e *profissionais da escola* e ensinar respostas perante situações que possam desencadear uma situação de "urgência alergológica";
- Lutar por um ambiente seguro e saudável na Escola, coordenando esforços da Escola, Família e Comunidade.

O projecto P.A.I.-Aveiro engloba cinco fases distintas:

Numa **1.ª Fase**, presentemente em curso, é feita a identificação dos alunos alérgicos através de um questionário, preenchido pelos encarregados de educação, no qual se detectam os possíveis casos de alergia;

A **2.ª Fase**, contemplará um novo preenchimento do questionário, através de uma entrevista e, alguns testes cutâneos às crianças que apresentem história clínica de sintomas alérgicos;

Na **3.ª Fase**, já na posse dos resultados dos exames cutâneos, serão realizadas análises ao sangue e, numa **4.ª fase** será efectuada uma consulta médica com a presença dos pais e criança, na qual será feito o encaminhamento da criança.

De salientar que a partir da **2.ª fase** todos os pais terão acesso a um relatório médico elaborado pelos técnicos de saúde do ICA.

Por último, será realizado um ***Workshop*** de formação com a temática "Doenças alérgicas" dirigido a professores, educadores, pais e outros elementos da comunidade educativa, distribuição e explicação do modo de funcionamento de *kits* de emergência em caso de choque anafilático constituídos por: 1 anti-histamínico; 1 corticoide; 1 bronco-dilatador; e 1 adrenalina injectável.

METODOLOGIA

Desenho da Investigação

Trata-se de um estudo exploratório de cariz descritivo e correlacional, utilizando-se para o efeito procedimentos de estatística descritiva e inferencial.

Amostra

A selecção da amostra foi intencional, não aleatória, tendo como critério de selecção escolas protocoladas com a Universidade de Aveiro no âmbito das disciplinas de Prática Pedagógica das Licenciaturas em Educação de Infância e Ensino Básico – 1.º ciclo.

A amostra é constituída por crianças, com idades compreendidas entre os 4 meses e os 10 anos, que frequentam creches, jardins-de-infância e escolas do 1.º ciclo do distrito de Aveiro, do ensino público e privado.

Instrumento de Recolha de Dados

A recolha dos dados é efectuada através do preenchimento de um questionário, numa 1.ª fase trata-se de um autopreenchimento, enquanto numa 2.ª fase, o mesmo questionário

é preenchido por um técnico específico. Este questionário é constituído por três partes distintas:

• A primeira parte, "Caracterização do contexto natural da criança", na qual são solicitadas informações relativas à constituição do agregado familiar, tipo de habitação (apartamento, vivenda, andar), se está situada em meio rural ou urbano, rendimento mensal do agregado familiar, qual a frequência que a criança brinca ao ar livre, durante quanto tempo, em que locais brinca, e qual o contacto que a criança tem com elementos da natureza (brincar com terra, andar de bicicleta, passeios ao ar livre,...), de modo a permitir compreender alguns estilos de vida das crianças que participam no estudo.

• Numa segunda parte, "Factores de risco para a doença alérgica", são abordadas questões relativas a antecedentes familiares de doença alérgica, existência ou não de animais em casa e de fumadores, características da habitação e alguns sinais e sintomas de reacção alérgica, rinite, asma/asma-like, sinusite e dermatite atópica, adaptação do questionário ISAAC.

• Por último, na terceira parte, "Informação relativa ao comportamento da criança", procuramos perceber se são referidos alguns comportamentos sugestivos de traços obsessivos ou hipocondríacos, quer ao nível da criança quer ao nível da família.

PROCEDIMENTOS

1.ª Fase - "Identificação de crianças com doença alérgica - Questionário de auto-preenchimento pelos encarregados de educação"

Anteriormente à realização da 1.ª fase foi, previamente, efectuado um pré-teste (74 crianças/10 salas de diferentes estabelecimentos de ensino, com idades compreendidas entre os 3 e os 9 anos), tendo decorrido em Dezembro de 2007. Após análise do pré-teste, em Março de 2008 foram distribuídos 895 questionários pelas 40 salas, sendo que 10 são de creche, 24 de jardim-de-infância e 14 de 1.º ciclo, de escolas públicas e I.P.S.S, tal como consta do Quadro I.

Quadro 1. Escolas/Jardins-de-Infância do distrito de Aveiro

Escola/J.Inf.	Nível de Ensino	Número de crianças	Idade das crianças
EB1 N. Srª do Pranto	1.º Ciclo - 2 salas	42	6 a 9 anos
EB1 S. Bernardo	1.º Ciclo - 1 sala	25	6 a 9 anos
EB2,3 S. Bernardo	1.º Ciclo - 1 sala	25	6 a 9 anos
EB1 Solposto	1.º Ciclo - 1 sala	20	6 a 9 anos
EB1 Glória	1.º Ciclo - 4 salas	95	6 a 9 anos
EB1 Vera Cruz	1.º Ciclo - 2 salas	40	6 a 9 anos
EB1 Barrocas	1.º Ciclo - 2 salas	46	6 a 9 anos
Colégio D. José	1.º Ciclo - 1 sala	26	6 a 9 anos
J.I. de Quintã do Loureiro Cacia	Jardim de Infância - 1 sala	23	3 a 6 anos
I.P.S.S. Florinhas do Vouga	Jardim de Infância - 1 sala	20	4 a 6 anos
J. I. de Esgueira – Esgueira	Jardim de Infância - 2 salas	15	3 a 6 anos
Colégio D. José I	Jardim de Infância - 1 sala	14	4 anos
J. I. Da Glória	Jardim de Infância - 2 salas	43	3 a 6 anos
I.P.S.S. Centro Infantil Arte e Qualidade	Jardim de Infância – 6 salas	121	2,5 anos a 6 anos
	Creche – 4 salas	55	4 meses a 2,5 anos
J. I. Palhaça	Jardim de Infância - 1 sala	21	3 a 6 anos

I.P.S.S. Centro Social Paroquial de Vera Cruz	Jardim de Infância - 7 salas Creche - 6 salas	22 – Pré-teste (1 sala) 132 90	3 a 6 anos 4 meses a 3 anos
J.I. da Légua	Jardim de Infância - 1 sala	21	3 a 6 anos
Jardim de Infância Gafanha da Encarnação Norte	Jardim de Infância - 1 sala	16 – Pré-teste (1 sala)	3 a 6 anos
Jardim de Infância de S. Bernardo	Jardim de Infância - 1 sala	21	3 a 6 anos
Agrupamento de Escolas de Aradas	Jardim de Infância Escolas 1.º Ciclo (várias salas)	16 + 20 – Pré-teste	3 a 9 anos
Total	50 salas	969 crianças	4 meses a 9 anos

2.ª Fase – Preenchimento do questionário através de entrevista e realização de testes cutâneos

Após a identificação do grupo de crianças que apresentava um risco elevado de doença alérgica, foi realizada uma consulta que contemplou um novo preenchimento do questionário, desta vez através de uma entrevista aos pais, de modo a confirmar os dados obtidos na 1.ª fase e, a realização de alguns testes cutâneos, nomeadamente a ácaros (Der. Pteronyssinus), erbácea (Parietária Judaica), fungo (Alternaria Alternata) e polén (Phleum Pratense), entre outros.

3.ª Fase – Consulta de Imunoalergologia

A 3.ª fase está a decorrer no presente momento, tendo sido já identificadas as crianças com base na sua história clínica e nos resultados obtidos nos testes cutâneos. Nesta fase a equipa de saúde (médicos e técnicos) irá realizar uma consulta de imunoalergologia, na qual se fará um controlo biológico.

RESULTADOS PRELIMINARES

Tal como referimos anteriormente, o P.A.I. – Aveiro encontra-se na 3.ª fase, ou seja, na realização de consultas de imunoalergologia. Como tal, ainda não nos é possível apresentar os resultados finais obtidos no presente estudo. Contudo, apresentamos alguns resultados preliminares da 1.ª e 2.ª fase do presente estudo.

Assim, na **1.ª fase**, dos 969 questionários distribuídos obtivemos uma amostra constituída por 578 crianças, o que equivale, aproximadamente, a uma percentagem de resposta de 60%. Após análise das respostas aos questionários, identificaram-se 140 crianças para passarem à 2.ª fase (25% da amostra), convém, no entanto, salientar a possibilidade de existirem falsos positivos no grupo de crianças identificadas.

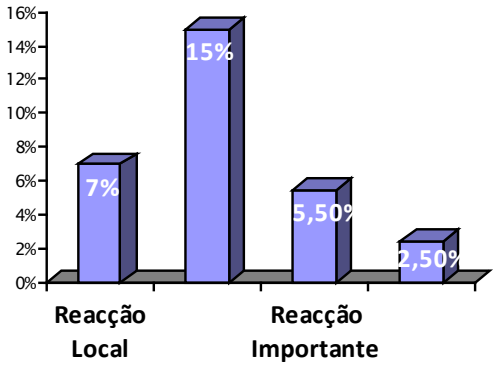
Os resultados da 1.ª fase indicam que 37% tem no seu historial clínico episódios de rinite, 45% apresenta história de sintomas de asma, sendo que 27% refere ter tido sintomas durante os últimos 12 meses e 17% poderão, no futuro, vir a ter asma, 34% apresenta entre 3 a 6 sintomas de sinusite e 23,5% já teve dermatite atópica.

Do grupo de 140 crianças, 81 aceitaram continuar no estudo, observando-se 10% de desistência. Deste modo, participaram na **2.ª fase do projecto P.A.I. - Aveiro** 81 crianças. Das 81 crianças passaram à 3.ª fase 28 crianças (aproximadamente 5% da amostra), sendo este número provisório, uma vez que houve necessidade de se repetir alguns testes cutâneos.

RESULTADOS ESPERADOS

Com base num Programa Piloto do Projecto Alérgico Individualizado (P.A.I.), implementado na Creche e Jardim-de-infância de Benavente pela Associação Infantasma, durante os primeiros meses de 2007 e tendo terminado em Fevereiro de 2008, esperamos encontrar resultados que apontem neste sentido:

Gráfico 1. Reacções obtidas, até 4 horas, após a ingestão de alimentos, medicamento, vacinas anti-alérgicas, picadela de insecto, ou ainda após outras situações especificas.



Relativamente ao item "Reacções obtidas, até 4 horas, após a ingestão de alimentos, medicamento, vacinas anti-alérgicas, picadela de insecto, ou ainda após outras situações especificas", verifica-se que 15% já teve alguma forma de reacção alérgica ligeira, que se traduz clinicamente por urticária, angioedema, dor abdominal, náuseas, vómitos e/ou diarreia; 7% teve uma reacção local, 5,5% apresentou uma reacção importante, manifestada por tosse, pieira, falta de ar, aperto no peito ou estridor e, finalmente, 2,5% teve em situação de choque, podendo clinicamente ser traduzida por uma série de sintomas, desde a prostração generalizada, vertigens, tonturas, taquicardia, hipotensão, colapso, até à paragem cardio-respiratória.

De acordo com estes resultados, obtidos no estudo de Benavente, espera-se que apenas 2% da amostra seja incluída no Projecto P.A.I. – Aveiro, ou seja, que demonstram sinais de alergia grave e que pelos seus sintomas possam correr riscos graves, incluindo risco de vida.

BIBLIOGRAFIA

Asher, M.I. et al. (2001). Immunization and symptoms of atopic disease in children: results from the international study of asthma and allergies in childhood. *American Journal of Public Health.* 91 (07): 1126-29.

Asher, M.I. et al. (2006). Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *The Lan*cet. 368 (9537): 733-43.

Caussade, L.S. et al. (2006). Risk factors and prevalence of allergic rhinits among Chilean children. *Revista Médica de Chile.* 134 (4): 456-64.

Delgado, L. (2005). Como utilizar o laboratório para rastreio da doença alérgica? *Respir'Ar.* 01: 18-19.

Garcia-Marcos, L. (2004). Stabilization of asthma prevalence among adolescents and increase among schoolchildren (ISAAC phases I and III) in Spain. *Allergy: European Journal of Allergy*

& Clinical Immunology. 59 (12): 1301-7.

Mata, P. L. (2006). Polinose. *Respir'Ar.* 02: 19-22.

Mvula, M. et al. (2005). Prevalence of asthma and asthma-like symptoms in inner-city schoolchildren. *Journal of Asthma.* 42 (1): 9-16.

Pearce, N. & Douwes, J. (2006). The Global epidemiology of asthma in children. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 10 (2): 125-32.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. 4.ª edição, Edições Sílabo. Lisboa.

Pinto, J.E.R. (2005). Estudo ISAAC em Portugal. *Respir'Ar.* 01: 03.

Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos – Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004.

Programa Nacional de Controlo da Asma - Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001.

(RE)CONSTRUIR PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: ACÇÃO E COMPETÊNCIA DE ACÇÃO COMO UM DESAFIO EDUCATIVO

Teresa Vilaça[1]

Resumo

A acção e participação dos alunos são dois conceitos centrais introduzidos em Portugal no debate político nacional e, mais especificamente, no currículo das escolas na educação para a saúde e educação para o desenvolvimento sustentável, a nível dos projectos Escola Promotora de Saúde e Eco-Escolas. Estes conceitos, associados ao conceito de competência de acção, têm vindo a ser cada vez mais enfatizados na investigação internacional neste âmbito. O objectivo deste artigo é analisar o poder e o potencial dos projectos Escola Promotora de Saúde e Eco-Escolas para desenvolver a competência de acção nos alunos. Especificamente, após uma breve revisão da evolução das linhas orientadoras internacionais para a promoção da saúde e o desenvolvimento sustentável focando as implicações na educação da inter-relação saúde humana e ambiente, serão apresentados os projectos acima referidos e examinada investigação recente que clarifica os conceitos de participação, acção e competência de acção na comunidade escolar.

Palavras-chave

Acção, competência de acção; educação para a saúde; educação para o desenvolvimento sustentável.

1. PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: IMPLICAÇÕES NA EDUCAÇÃO DA INTER-RELAÇÃO SAÚDE HUMANA E AMBIENTE

Educação para a Saúde

A saúde é um resultado do desenvolvimento sustentável e um recurso para esse desenvolvimento, uma vez que o desenvolvimento sustentável não pode ser alcançado quando há uma alta prevalência de doenças que debilitam a população e diminuem a sua riqueza. Esta visão integrada de saúde e ambiente é defendida desde a Carta de Ottawa, produzida na 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (WHO, 1986), onde foram identificados como pré-requisitos para a saúde a paz, a habitação, a educação, a alimentação e recursos económicos, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Para agir sobre estes factores determinantes da saúde foram definidas cinco linhas de acção específicas para o desenvolvimento de programas em promoção da saúde: a construção de uma política pública saudável; a criação de ambientes saudáveis; o reforço da acção comunitária; o desenvolvimento de competências pessoais e a reorganização dos serviços de saúde.

A declaração final da 3.ª Conferência Internacional sobre a promoção da saúde,

1. Universidade do Minho. **tvilaca@iep.uminho.pt**

Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde (WHO, 1991), reforçou o papel do ambiente na promoção da saúde, defendendo que um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde, pois, os dois são interdependentes e inseparáveis. Apelando para uma visão holística das pessoas como parte integrante do ecossistema mundial e para a saúde como fundamentalmente inter-relacionada com o meio ambiente global, os autores desta Declaração realçam quatro vertentes para agir e criar ambientes favoráveis à saúde: a dimensão social, que inclui a forma como as normas, os costumes e os processos sociais afectam a saúde; a dimensão política, que exige dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades; e a dimensão económica, que exige uma redistribuição dos recursos no sentido de se obterem as metas de Saúde Para Todos e o desenvolvimento sustentável. Os participantes também solicitaram à Conferência das Nações Unidas do Meio Ambiente e do Desenvolvimento (UNCED), que considerasse esta Declaração nas deliberações sobre a Carta da Terra e a Agenda 21. Na realidade, no Princípio um da Declaração do Rio (UN, 1992) pode ler-se: "Os seres humanos estão no centro das preocupações do desenvolvimento sustentável. Têm direito a uma vida saudável e produtiva em harmonia com a natureza." A mesma visão foi defendida por Brundtland, quando em Joanesburgo na Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável (UN, 2002) afirmou que uma vida saudável é um resultado do desenvolvimento sustentável, também como um meio poderoso e subestimado de o adquirir, por isso, é necessário ver a saúde como um bem precioso em si e como um meio para estimular o crescimento económico e reduzir a pobreza. Estas visões mostram que a educação para a saúde está totalmente inter-relacionada com o ambiente e da educação ambiental com a saúde. Este tipo de preocupação holística não tem sido muito frequente no campo educativo, no entanto, a educação para a saúde já está a mudar "de uma abordagem tradicional do tratamento de tópicos isolados, tais como dieta, drogas, exercício físico ou sexualidade para outra abordagem em que se faz o ensino genérico de competências que estão subjacentes a problemas de saúde específicos" (Vilaça, 2006, p. 41).

Muito recentemente, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007) fez um alerta sobre a vulnerabilidade universal das populações às ameaças da saúde, salientando as características que reforçam os actuais problemas de saúde: o crescimento da população, a incursão em áreas antes desabitadas, a rápida urbanização, as práticas agrícolas intensivas, a deterioração do meio ambiente e o mau uso dos anti-microbianos que alteraram o equilíbrio dos microrganismos. Também salientou a emergência de novas doenças que estão a surgir a um ritmo sem precedentes. As doenças epidémicas como a cólera, a febre amarela e a doença meningocócica epidémica reapareceram no último quarto do século XX e exigem maiores esforços de vigilância, prevenção e controlo. O síndrome respiratório agudo severo e a gripe da aves nos seres humanos suscitaram grande preocupação internacional, bem como outras viroses emergentes como a febre hemorrágica do Ébola e de Marburgo e a doença provocada pelo vírus Nipah que representam ameaças mundiais pelo seu carácter agudo e morbimortalidade e exigem que sejam paradas na sua origem. A farmacorresistência ameaça muito a luta contra a tuberculose farmacoresistente, doenças diarreicas, infecções nosocomiais, infecções de transmissão sexual, infecções das vias respiratórias, a malária e a meningite e está a surgir na infecção pelo VIH. As companhias aéreas transportam hoje anualmente mais de 2000 milhões de passageiros, disparando assim as possibilidades dos agentes infecciosos e seus vectores se propagarem rapidamente de um país para o outro.

Actualmente a nossa dependência dos produtos químicos é maior e temos consciência sobre os seus perigos potenciais para a saúde e o meio ambiente; "como consequência da industrialização da produção e elaboração dos alimentos e da globalização da sua comercialização e distribuição, um só ingrediente contaminado pode obrigar a retirar toneladas de alimentos de um grande número de países" (WHO, 2007, p. vi). As doenças

transmitidas pelos alimentos, embora a inocuidade dos alimentos tenha melhorado muito, têm surgido por contaminação por microorganismos, substâncias químicas e toxinas. A isto junta-se a emergência de novas doenças transmitidas por alimentos como a nova variante da doença de Creutzfeldt-Jakob associada à encefalopatia espongiforme bovina. O comércio transfronteiriço de alimentos contaminados eleva as probabilidades de que estas doenças se propaguem.

Outro tipo de ameaças que poderão ser mundiais estão relacionado com as fugas acidentais ou (mal) intencionadas de agentes infecciosos, resultantes da investigação em laboratório para a cura ou prevenção de doenças infecciosas, que acontecem, muitas vezes, por não cumprimentos das medidas de biosegurança. No entanto, o passado recente tem mostrado a libertação de forma mal intencionada de agentes patogénicos perigosos, como aconteceu com o bacilo do carbunco (B. anthracis) libertado nos Estados Unidos em 2001. Também têm surgido muito recentemente novos incidentes inquietantes para a saúde que tiveram a sua origem em acidentes químicos ou nucleares ou em súbitas mudanças ambientais. Por exemplo, a onda de calor que cobriu a Europa em 2003, matou 35 000 pessoas e, em 1986, na África Central, mais de 1 700 pessoas morreram intoxicadas por dióxido de carbono emitido de forma massiva pelo lago Nyos, localizado numa cratera vulcânica. Este tipo de eventos têm que ser avaliados rapidamente para se determinar se constituem uma ameaça mundial.

A evolução desta visão da vulnerabilidade às ameaças da saúde fez com que no fim do século XX se reconhecesse que o status de saúde é influenciado pelas características e modelos comportamentais individuais (estilos de vida), mas continua a ser significantemente determinado pelas diferentes circunstâncias sociais, económicas e ambientais dos indivíduos e populações (condições de vida). As relações entre esses factores sociais e a saúde, embora fáceis de observar, são muito menos compreendidas e, por isso, é muito mais difícil agir sobre elas. Como consequência, tem-lhes sido dada muito menos atenção que aos comportamentos individuais nas intervenções de saúde pública. Este renovado interesse foi reflectido na Carta de Ottawa (WHO, 1986) onde a promoção da saúde começou a ser compreendida como uma acção orientada para melhorar o controlo das pessoas sobre todas as determinantes da saúde modificáveis. Isto incluiu não só os comportamentos pessoais, mas também as políticas públicas e viver e trabalhar em condições que influenciam indirectamente os comportamentos de saúde. A Carta não fala explicitamente sobre educação para a saúde, mas entende-a como uma parte importante da promoção da saúde, que define como: "o processo de capacitação das pessoas para aumentar o controlo sobre a sua saúde e a melhorar". Se esta Carta fosse aplicada à educação para a saúde na escola, a educação para a saúde deveria ser (Svedbom, 2005): o processo educativo que capacita os alunos para controlarem a paz, a habitação, a educação, a alimentação, os recursos económicos, a estabilidade do ecossistema, a sustentabilidade dos recursos e a justiça social e equidade. Então, "o objectivo da educação para a saúde é que os alunos sejam capazes (e tenham vontade) de "controlar" esses factores que determinam a sua saúde" (Svedbom, 2005, p.141).

Esta abordagem mais sofisticada para a acção em educação para a saúde é reforçada pelas evidencias acumuladas em relação à inadequação das intervenções simplistas do passado. É exigida uma abordagem mais compreensiva que permita à pessoa o reconhecimento das influências sociais e ambientais nas escolhas dos seus estilos de vida e controle tais influências, ao mesmo tempo que desenvolve esforços para comunicar com outras pessoas, com o objectivo de agirem para mudarem as suas condições ambientais. A Declaração de Jakarta, confirma estas orientações defendidas em Ottwa estabelecendo as seguintes prioridades para a promoção da saúde (WHO, 1997):

- tomar consciência sobre a mudança das determinantes da saúde;

- apoiar a criação e desenvolvimento de redes de promoção da saúde;
- mobilizar recursos para a promoção da saúde;
- melhorar e acumular os conhecimentos sobre as melhores estratégias;
- possibilitar a partilha de aprendizagens;
- promover a solidariedade na acção;
- fomentar a transparência e a responsabilidade pública na promoção da saúde.

A Carta de Bangkok (WHO, 2005), que resultou da 6.ª Conferência Mundial para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado, defendeu uma mudança no contexto para a promoção da saúde como consequência da situação mundial actual: desigualdades em saúde entre e dentro dos países, capacidade nacional limitada para promover a saúde em muitos países, globalização, mudança ambiental, a urbanização, mudanças demográficas, doenças novas e doenças emergentes, avanços na ciência médica e na tecnologia da informação e o papel do estado. As estratégias de promoção de saúde preconizadas pela Carta respondem a essas mudanças e preocupações, estão dirigidas para os riscos de saúde e para os vários determinantes da saúde e reforçam os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio.

Educação ambiental e educação para o desenvolvimento sustentável

A Declaração de Tbilisi resultante da primeira Conferência Intergovernamental sobre Educação Ambiental (UNESCO, UNEP, 1977), seguindo manifestações internacionais anteriores defendeu que a educação ambiental deve desempenhar uma função capital com vista a despertar a consciência e o melhor entendimento dos problemas que afectam o ambiente e fomentar a formação de comportamentos positivos em relação ao meio ambiente. Neste sentido, a educação ambiental deverá:

> *(...) proporcionar o conhecimento necessário para interpretar os fenómenos complexos do ambiente, encorajar os valores éticos, económicos e estéticos que constituem a base da auto-disciplina e desenvolver comportamentos compatíveis com a preservação e melhoria do ambiente. Também deverá proporcionar uma ampla variedade de competências práticas exigidas na identificação e aplicação de soluções eficazes para os problemas ambientais (UNESCO, UNEP, 1977, ponto 6).*

A educação ambiental é entendida como um processo educativo que visa despertar o interesse do indivíduo para participar activamente no sentido de resolver os problemas ambientais, dentro de um contexto de realidades específicas, estimulando a iniciativa, o senso de responsabilidade e o esforço para construir um futuro melhor. Os objectivos da educação ambiental deverão incluir o desenvolvimento de competências nos alunos de resolução de problemas, pensamento crítico, tomada de decisão e participação ao tratar os assuntos ambientais e ao trabalhar activamente para a resolução dos problemas ambientais.

Quinze anos depois, esta ideia é reforçada na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento ou ECO-92 (UN, 1992b), afirmando-se no princípio dez da Declaração do Rio que:

> *A melhor maneira de tratar as questões ambientais é assegurar a participação, a nível apropriado, de todos os cidadãos interessados. A nível nacional, cada indivíduo terá acesso adequado às informações relativas ao meio ambiente de que disponham as autoridades públicas (...) bem como a oportunidade de participar nos processos de decisão. Os Estados irão facilitar e estimular a consciencialização e participação popular, colocando as informações à disposição de todos (...).*

A Agenda 21 desenvolveu este princípio no capítulo 36, onde se afirmou que o ensino, o aumento da consciência pública e a formação estão vinculados a todas as áreas do programa da Agenda 21. A Declaração da Conferência de Tbilisi forneceu os princípios organizadores para as propostas deste documento: reorientação do ensino no sentido do desenvolvimento sustentável, aumento da consciência pública e promoção da formação. Em relação ao primeiro princípio, a Agenda 21 estabelece que na sua base para a acção:

> *O ensino, inclusive o ensino formal, a consciência pública e a formação devem ser reconhecidos como um processo pelo qual os seres humanos e as sociedades podem desenvolver plenamente as suas potencialidades. O ensino tem uma importância fundamental na promoção do desenvolvimento sustentável e no aumento da capacidade da população para abordar questões do meio ambiente e desenvolvimento. Ainda que o ensino básico sirva de fundamento para o ensino em matéria de ambiente e desenvolvimento, este último deve ser incorporado como parte essencial da aprendizagem. Tanto o ensino formal como informal são indispensáveis para modificar a atitude das pessoas, para que estas tenham capacidade de avaliar os problemas do desenvolvimento sustentável e os abordar. O ensino também é fundamental para conferir consciência ambiental e ética, valores e atitudes, técnicas e comportamentos em consonância com o desenvolvimento sustentável e que favoreçam a participação pública efectiva nas tomadas de decisão. Para ser eficaz, o ensino sobre o meio ambiente e desenvolvimento humano (que pode incluir o espiritual), deve integrar-se em todas as disciplinas e empregar métodos formais e informais e meios efectivos de comunicação (UN, 1992a, ponto 36.3).*

Em Tbilisi a educação estava relacionada com o "ambiente", enquanto na Agenda 21 se encontrava relacionada com "ambiente e desenvolvimento" (excertos sublinhados pelo autor) sugerindo a transição para a grande preocupação com os problemas sociais e económicos (Stevenson, 2006) e um maior foco no desenvolvimento humano que no ambiente, embora os problemas ambientais continuassem incluídos.

Um segundo aspecto comparativo é que a educação ambiental apresenta como norma um estado do ambiente negativo em vez de positivo e saudável, isto é, tem tido uma conceptualização baseada em problemas (ambientais), incluindo problemas globais tais como chuva ácida, efeito de estufa ou mudança climática, que pode ser contraproducente, especialmente quando se trabalha com crianças (Smyth, 1995). Uma abordagem alternativa positiva a esta limitação identificada por Smyth é o estudo profundo de problemas ambientais locais menos complexos e relacionados com a vida dos alunos, que tem mais probabilidade de, além de transmitir conceitos e factos ambientais discretos, desenvolver resultados mais importantes e duradouros como a capacidade de pensar criticamente para analisar e interpretar as relações homem - ambiente e o valor subjacente aos problemas ambientais (Stevenson, 2006). De acordo com Smyth (1995) a educação para o desenvolvimento sustentável não visa minimizar ou resolver os problemas ambientais que já existem, mas prevenir esses problemas. Na sua perspectiva, contrariamente à educação ambiental que é reactiva a educação para o desenvolvimento sustentável é pró-activa, tal como defende Tilbury ao afirmar que não deveremos esperar para começar com a resolução de problemas mas visionando uma melhor qualidade de vida e considerando como a poderemos atingir (segundo Stevenson, 2006).

Para Stevenson (2006) na educação para o desenvolvimento sustentável há uma orientação mais positiva focada na questão pró-activa sobre "como podemos assegurar sociedades e comunidades sustentáveis no futuro, em vez da ênfase em como resolver os problemas ambientais actuais" (p. 284), sendo a educação basicamente uma actividade optimista e um investimento no futuro, mas que necessita explorar as origens e consequências das práticas actuais insustentáveis. Isto significa que não podemos visionar uma sociedade sustentável sem simultaneamente considerar o estado presente da nossa saúde ambiental, incluindo os problemas existentes que necessitam mudar de direcção.

Esta é também a perspectiva Dinamarquesa da aprendizagem orientada para a acção e competência de acção que será posteriormente referida (ver ponto 3).

Em Portugal, a Agenda 21 Local (A21L) actual foi implementada como uma medida da Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável 2005-2015 (Mota, Pinto, Sá, Marques, Ribeiro, 2005) elaborada e aprovada a 20 de Agosto de 2007 pela Resolução do Conselho de Ministro n.º 109/ 2007. Segundo esta Agenda, as autoridades trabalham em parceria com os vários sectores da comunidade na elaboração de um plano de acção que visa promover a sustentabilidade a nível local e melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. A Agenda 21 Escolar (A21E) é uma adaptação dos princípios, definição e objectivos da A21L à comunidade escolar. Neste caso os professores, educadores, alunos, funcionários, pais, conselho executivo, e algumas entidades externas como a junta de freguesia, algumas organizações não governamentais locais e a câmara municipal, entre outros parceiros, envolvem-se na criação de um "Plano de Sustentabilidade para a Escola". Nesta Agenda são sugeridas reuniões multidisciplinares, divisão de tarefas por área de competências, trabalho de campo, sensibilização, realização de questionários e diálogo permanente entre os vários grupos para se desenhar e implementar o plano de sustentabilidade. Os objectivos principais são desenvolver a cidadania activa na comunidade escolar, estimular a criação de parcerias entre a comunidade escolar e instituições locais com intervenção na escola, envolver a comunidade escolar na melhoria da qualidade do ambiente físico e social, "dar poder" às crianças e jovens e contribuir para a formação e envolvimento dos encarregados de educação e auxiliares de acção educativa. Estes são também os objectivos da Escola Promotora de Saúde como a seguir se analisará.

2. EDUCAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS E PRÓ-DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Escola Promotora de Saúde

O desenvolvimento de medidas educativas que visem a promoção da saúde na comunidade escolar tem sido um dos objectivos do Ministério da Educação, correspondendo assim ao Programa do XVII Governo Constitucional, o qual considera que a educação para a saúde, para a sexualidade e para os afectos se incluem entre as múltiplas responsabilidades da escola actual. Nesse documento afirma-se relativamente às escolas Promotoras de Saúde Portuguesas (Presidência do Conselho de Ministros, 2005, p.77):

> *O trabalho da Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde, no final de 2002, tinha conseguido 3403 escolas aderentes, apoiadas por 366 centros de saúde, e englobava cerca de 1/3 da população estudantil do ensino público, do pré-escolar ao 12.º ano. O seu programa promove a saúde das crianças e suas famílias, situando a escola na rede comunitária, com envolvimento das respectivas autarquias. Pretende-se recuperar, até final de 2005, os níveis alcançados em 2002 e progressivamente, até 2010, implicar a totalidade das escolas do sistema educativo, com apoio do sistema de saúde.*

Actualmente, através do despacho interno de 27 de Setembro de 2006, todos os agrupamentos e escolas dos ensinos básico e secundário devem incluir no seu projecto educativo algumas linhas de orientação e temáticas prioritárias no âmbito da educação para a saúde, tais como, alimentação e actividade física, consumo de substâncias psico-activas, sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis (designadamente VIH/ SIDA), e violência em meio escolar. Dentro do quadro da autonomia, os projectos devem ser concebidos em articulação com as famílias e com os centros de saúde, num processo de desenvolvimento permanente que contribui para a aquisição de competências nos alunos, que lhes permitam "confrontar-se positivamente consigo próprios, construírem um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e

responsáveis (...) criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício da cidadania activa" (M.E., M.S., 2006, p. 1). As metodologias de ensino preconizadas para se atingir estes objectivos incluem metodologias participativas; interacção através dos *media*; espectáculos educativos; o uso de farmácias e centros de saúde como primeiros prestadores de serviços de saúde; e o activismo e defesa dos *media* e da comunidade local para a promoção da saúde (Ministério da Educação, Ministério da Saúde, APF, CAN, 2000).

Os princípios orientadores da Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde (REEPS) (*European Network of Health Promoting School*) são alicerçados nos conceitos do currículo da escola, ambiente da escola e comunidade envolvente e têm sido descritos como o modelo que equilibra o esforço e a atenção dadas ao desenvolvimento do currículo e ensino na sala de aula, com acções dirigidas para a melhoria do ambiente na escola e melhoria das ligações com a família e a comunidade ampla. No passado, a apresentação do programa para o projecto das Escolas Promotoras de Saúde não incluiu conceitos como participação e capacitação (*empowerment*) (WHO/CE/CEC, 1993). Na prática, têm ocorrido substanciais diferenças nos modelos para as Escolas Promotoras de Saúde, pelo menos, para a dimensão da orientação para a acção (*action-orientation*), como tem sido veiculado desde a primeira Conferência da REEPS, realizada na Grécia (WHO, 1997).

Nessa Conferência assumiu-se que a base da Escola Promotora de Saúde (EPS) é a Carta de Ottawa. A Carta afirma que a promoção da saúde é um processo que tenta ajudar as instituições a capacitar a pessoa jovem para tomar o controlo sobre os seus comportamentos e melhorar a sua saúde. Ajudar as pessoas jovens a controlar as suas vidas é uma função da escola. Interpretar os cincos blocos da carta de Ottawa no contexto da escola é descrever as EPS: construir políticas públicas saudáveis; criar ambientes de suporte; fortalecer a acção comunitária; desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde. Os três pilares do programa consistem no ambiente da escola, no curriculum da escola e nas relações da escola com os pais e a comunidade.

Como consequência da primeira Conferência da REEPS, criou-se uma Resolução para a dinâmica das EPS (EC, WHO Europe et al., 1997) onde se enfatizou a defesa do paradigma democrático e do desenvolvimento da competência de acção dos alunos nos seguintes dez princípios: (1) Democracia; (2) Equidade; (3) capacitação e competência de acção; (4) ambiente da escola; (5) Curriculum; (6) formação de professores; (7) medidas de sucesso; (8) colaboração; (9) comunidades; e (10) sustentabilidade (WHO, 1997). Os conceitos de capacitação e competência de acção foram assim descritos no documento:

> *A Escola Promotora de Saúde melhora a habilidade das pessoas jovens para realizarem acções e gerarem mudança. Isto proporciona um lugar dentro do qual elas, trabalhando em conjunto com os professores e outros, podem ganhar o sentido de realização. A capacitação das pessoas jovens, ligada às suas visões e ideias, capacita-as para influenciarem as suas vidas e as suas condições de vida. Isso é adquirido através de políticas e práticas educativas de qualidade, que proporcionam oportunidades para a participação em tomadas de decisão críticas. (EC, WHO Europe et al., 1997, p.3)*

O ponto de partida para o desenvolvimento da competência de acção é que actualmente os problemas de saúde e ambiente estão estruturalmente ancorados na nossa sociedade e na nossa maneira de viver. A saúde, por exemplo, não é influenciada só pelos estilos de vida ou só pelas condições de vida. Para compreender o desenvolvimento dos assuntos relacionados com a saúde, temos que estar conscientes que os estilos de vida e as condições de vida estão muito interligados e que têm que ser vistos um em relação ao outro. O conhecimento destas ligações é, como consequência, um dever para desenvolver estratégias para resolver os problemas de saúde actuais e futuros. Resolver esses problemas exige mudanças fundamentais na sociedade e a nível pessoal. Essa é a razão porque a

educação na escola tem que se esforçar ao máximo para colocar os cidadãos actuais e os do futuro numa posição em que serão capazes de agir ambientalmente, também como, pessoalmente e com estilos de vida prudentes. Os alunos, através da sua educação, deverão tornar-se melhores para tomarem decisões sobre as suas próprias vidas e serem capazes de influenciar o seu ambiente envolvente (Jensen, 1994 b).

Esta abordagem mais compreensiva da REEPS não é só orientada para a mudança de comportamento individual mas também para algumas mudanças sociais e ambientais subjacentes a esse comportamento. As determinantes da saúde das pessoas jovens podem ser orientadas eficazmente através da escola promotora de saúde, por exemplo quando a escola cria condições para (Rasmussen, Rivett, 2005):

- proporcionar oportunidades para os alunos darem contribuições significativas para a escola e a vida da comunidade;
- proporcionar e integrar programas de educação para a saúde;
- adquirir abordagens mais participativas no ensino e na aprendizagem;
- reforçar a responsabilidade social e pessoal através da organização da escola;
- atingir a consciência da exploração económica;
- proporcionar uma âncora para os alunos com dificuldades;
- adoptar práticas organizacionais que complementem os programas de ensino;
- oferecer um ambiente de suporte social;
- encorajar as ligações com a saúde na comunidade; e
- criar um ambiente físico seguro.

Ajudar os alunos a desenvolver a auto-confiança para agir sobre o conhecimento e as capacidades que possuem para trabalhar com os outros e apoiá-los, será melhor adquirido através de formas mais pessoais de comunicação e através da educação baseada na comunidade. Para atingir o objectivo prioritário – promover a maior independência e capacitação dos indivíduos e das comunidades – é necessário reconhecer e compreender os aspectos políticos da educação e ultrapassar barreiras estruturais para a acção.

Eco-Escolas

O programa Eco-Escolas foi desenvolvido pelas organizações membro da Fundação para a Educação Ambiental com o apoio da Comissão Europeia, em 1994, com o objectivo de envolver as pessoas jovens na procura de soluções para as mudanças ambientais e de desenvolvimento sustentável a nível local, como identificado na Agenda 21. Este programa destina-se à gestão ambiental e certificação e educação para o desenvolvimento sustentável na escola. A nível internacional existem mais de 30 países que desenvolvem este programa com uma metodologia comum (Fundation for Environmental Education, s.d.). Portugal, está a tentar cada vez mais integrar as suas Eco-escolas na rede europeia, incentivando o intercâmbio de experiências com os outros países do programa.

Em Portugal, este projecto foi implementado desde o ano lectivo 1996/97 preferencialmente em escolas do ensino básico, embora possa ser implementado em qualquer grau de ensino, de concelhos pertencentes a todos os distritos e regiões autónomas do país. O maior número de escolas estão nos distritos de Lisboa e Porto e no último ano lectivo (2007-08) existiam mais de 750 escolas de todos os graus de ensino no projecto, tendo cerca de 500 escolas em todo o País prevista a atribuição da Bandeira Verde Eco-Escolas, que atesta a qualidade do projecto de Educação ambiental desenvolvido pela escola (Associação Bandeira Azul da Europa, 2007).

O Programa Eco-Escolas deverá tratar como temas de base a água, os resíduos, a energia e as alterações climáticas e, de uma forma complementar, a biodiversidade, a agricultura biológica, os espaços exteriores, o ruído e os transportes. O tratamento desses temas visa (Associação Bandeira Azul da Europa, 2007, s.p.):

- encorajar acções, reconhecer e premiar o trabalho desenvolvido pela escola na melhoria do seu desempenho ambiental, gestão do espaço escolar e sensibilização da comunidade;
- estimular o hábito de participação envolvendo activamente as crianças e os jovens na tomada de decisões e implementação das acções;
- motivar para a necessidade de mudança de atitudes e adopção de comportamentos sustentáveis no quotidiano, ao nível pessoal, familiar e comunitário;
- fornecer formação, enquadramento e apoio a muitas das actividades que as escolas desenvolvem;
- divulgar boas práticas e fortalecer o trabalho em rede a nível nacional e internacional;
- contribuir para a criação de parcerias e sinergias locais na perspectiva de implementação da Agenda 21 Local.

A metodologia sugerida inclui sete etapas: conselho Eco-escolas; auditoria ambiental; plano de acção; monitorização e avaliação; trabalho curricular; divulgação à comunidade e Eco-código. Para a escola ser reconhecida com a Bandeira Verde Eco-escolas deverá apresentar a sua candidatura na qual demonstrará que seguiu a metodologia proposta; concretizou o seu plano de acção e realizou actividades no âmbito dos temas de base (água, resíduos e energia) e tema do ano (alterações climáticas).

3. COMPETÊNCIA DE ACÇÃO, ACÇÃO E APRENDIZAGEM ORIENTADA PARA A ACÇÃO

Competência de Acção e Acção

O conceito de competência de acção tem-se tornado um conceito central a vários níveis na discussão sobre o futuro da educação para a saúde e educação ambiental. Como já referido, a propósito da Resolução da primeira conferência da REEPS, o desenvolvimento da competência de acção deverá ser um dos objectivos principais da educação para a saúde.

Schnack (1994) define a competência de acção como a "capacidade – baseada no pensamento crítico e conhecimento incompleto – para se envolver a si próprio como pessoa com outras pessoas em acções responsáveis e contra-acções para um mundo mais humano" (p. 190). Ao aplicar este conceito à educação para a saúde e à iniciativa das EPS, Jensen (1997) salienta que no conceito de competência de acção estão integradas três orientações principais: é baseada na noção holística de saúde (que consiste nas condições de vida e nos estilos de vida dos indivíduos); é orientada para a acção (dirigida para iniciar mudanças); e envolve a participação activa dos alunos.

Neste sentido, os alunos deverão durante toda a sua vida escolar trabalhar "para" e "fortalecer" o seu desejo e habilidade para serem capazes de influenciar as condições que influenciam a sua saúde e o ambiente – por outras palavras, deverão desenvolver a sua habilidade para agir – a sua competência de acção (Jensen, 1994 a). Como consequência, é natural pensar sobre como é que, para atingir esse objectivo, a acção e o trabalho com as acções se pode tornar parte do ensino na escola.

Há quatro razões muito diferentes para mudar o ensino para uma perspectiva orientada para a acção (Jensen, Nielsen, 1996; Jensen, Schnack, 1994; 1997):

- em primeiro lugar, a esfera do domínio científico, onde o foco particular tem sido dar aos alunos conhecimento sobre a gravidade e extensão dos problemas de saúde e ambientais actuais, não tem sido capaz de pegar na perspectiva social envolvida nas questões sobre as possibilidades de acção da sociedade e dos indivíduos em relação a esses problemas;
- em segundo lugar, o novo foco na "acção" tem sido estabelecido à medida que surge a consciência que o ensino para a modificação de comportamento, moralizante, nunca – ou só muito raramente – leva à mudança de comportamento pretendida;
- em terceiro lugar, o crescente criticismo sobre o facto das escolas darem prioridade à dimensão académica à custa de mais prática, tem levado a dar um aumento de atenção à "acção orientada"; e, finalmente,
- em quarto lugar, a crítica de que o trabalho nas escolas é artificial, com a utilização de situações "como se", inventadas para a ocasião, tem levado ao aumento de pedidos de autenticidade e, como consequência, para a participação na realidade da sociedade como parte do ensino.

O primeiro elemento na definição de acção é que a pessoa decida activamente fazer alguma coisa, quer seja uma questão de mudança de comportamento ou uma tentativa para influenciar as condições de vida (Jensen, 1994 a). Como consequência, uma acção tem duas características chave dentro do paradigma democrático da educação para a saúde: deve ser premeditadamente dirigido para resolver um problema e isso deverá ser decido pelos que desenvolvem a acção. Por outras palavras, uma acção é voltada para a mudança: a mudança do nosso próprio estilo de vida, na escola, na sociedade local ou na sociedade global (Jensen, 1997).

Embora a acção exija a participação activa dos alunos, o oposto não é necessariamente verdade. Os alunos podem facilmente estar activamente envolvidos e participar num projecto que não tem o objectivo de gerar a mudança e a acção. Por exemplo, podem estar envolvidos na escolha do problema, examinar as suas causas, formular visões e desenvolver ideias para o que poderia ser feito sobre isso. Um projecto como esse é baseado na participação dos alunos mas só será orientado para a acção se os alunos também decidirem realmente que acções querem iniciar e depois as realizarem (Jensen, 1997).

Acção *versus* comportamento

Em muitas ocasiões há a tendência para igualar as acções com as mudança de comportamento (Jensen, 1994 a; Jensen, Nielsen, 1996; Jensen, Schnack, 1994; Simovska, Jensen, 2003). A acção é algo mais que o comportamento; é um comportamento qualificado por ser intencional. Todo o corpo físico pode ter comportamentos, mas só o ser humano pode agir; isto não significa que a acção é o meio típico de comportamento, em sentido quantitativo. A nossa vida diária é principalmente um curso de consciência e um curso de hábitos. Em muitos sentidos, os hábitos parecem-se mais com o comportamento do que com a acção. Ou, pode-se dizer, que os hábitos não são qualificados como sendo conscientes e intencionais. (Schnack, 1994)

Como o comportamento diário mais ou menos reflectido e consciente e os hábitos dos seres humanos normais seguramente são muito relevantes não só para a questões da saúde dos indivíduos, mas também para as questões do ambiente e paz não podem ser excluídos da reflexão educativa. Neste sentido, Schnack argumenta que (1994, p. 186):

As questões sobre os estilos de vida individuais têm sido muitas vezes suficientemente isoladas e feitas um objecto para moralizar. A pedagogia crítica não aceita isto. Por outro lado, as questões sobre os estilos de vida e o comportamento pessoal – visto em relação com as condições sociais – tem que ser um objecto relevante para reflexão crítica. Se isto está certo, como argumentado:

- não podemos mudar todos os nossos hábitos para acções, e
- os nossos hábitos realmente são relevantes para as questões sobre saúde, ambiente e paz,
- então, tem que ser do maior interesse estudar as condições para as acções que consistem na mudança de comportamento.

O conhecimento não leva necessariamente à mudança de comportamento, por isso, realizaram-se esforços para desenvolver outros métodos alternativos que influenciassem o comportamento dos alunos. Um dos exemplos foi preparar de modo hábil publicidade contra o tabagismo, (Jensen, 1994 a; Jensen, Nielsen, 1996; Jensen, Schnack, 1994; Simovska, Jensen, 2003), outro, foi decorar melhor as cantinas que só vendem produtos saudáveis (com música rock e cores fortes) (Jensen, 1995; Jensen, Nielsen, 1996). Em muitos contextos da investigação e prática em educação para a saúde também é, muitas vezes, recomendado o uso da personalidade do professor no papel de modelo (Jensen, 1994 a; 1995; Jensen, Schnack, 1994; Simovska, Jensen, 2003). Estas tentativas são caracterizadas pelo facto dos esforços serem feitos para influenciar directamente os alunos, como se eles fossem alheios à "componente conhecimento", e, como consequência, não os induzem necessariamente a organizar o seu conhecimento e decidir sobre as mudanças de comportamento que pretendem.

No ensino orientado para a acção o objectivo é o contrário: os alunos, com todos os meios disponíveis, podem mudar o seu comportamento numa direcção previamente determinada (Jensen, 1995; Jensen, Nielsen, 1996; Jensen, Schnack, 1994). Essa é precisamente a componente mais profunda do conceito de acção e que o torna diferente do conceito de mudança de comportamento (Jensen, 1994 a; 1995; Simovska, Jensen, 2003). Enquanto antes de uma acção tem que haver uma tomada de decisão consciente, no caso da mudança de comportamento isso não é necessário (Jensen, 1994 a; Jensen, Nielsen, 1996). A mudança de comportamento poderá ser causada pela pressão de outra pessoa (e.g. o professor ou colegas) ou por outras circunstâncias como a publicidade. As pessoas podem seguir só as orientações que receberam sem estarem conscientes das suas acções.

Acção *versus* actividade

Uma das barreiras mais importantes ao desenvolvimento da competência de acção nos alunos é o facto do conceito de acção ser interpretado de maneiras muitas diferentes. Entre outros conceitos a acção é muitas vezes confundida com o conceito de actividade. Por causa disso, há necessidade de uma futura diferenciação e definição desses termos, especialmente em relação com a definição do conceito de acção que deverá incluir o aspecto da resolução do problema. Muitos métodos de ensino tradicionais têm evitado focar-se nas acções. As actividades de *role playing* e jogos de simulação têm sido usados, entre outras coisas, como tentativas para "representar o real". Como consequência, por causa das tradições da escola nesta área, pode ser difícil começar acções. A escola, os professores e os alunos, a cultura a tradição e os hábitos criam barreiras importantes neste campo (Jensen, 1994 b). Em promoção e educação para a saúde é muito frequente a utilização de diferentes actividades práticas para motivar os alunos e tornar o ensino mais variado. Essas actividades podem incluir medir a pulsação e a pressão do sangue em diferentes circunstâncias, investigações físicas, químicas e biológicas sobre um rio poluído,

etc.. Estas diferentes actividades podem ser produtivas se contribuírem para aumentar a motivação dos alunos e a aquisição de conhecimento. Mas, para serem caracterizadas como uma acção têm que ser dirigidas para a solução do problema em questão. Por outras palavras, uma acção tem que ser orientada para a resolução do problema identificado e para mudanças de promoção da saúde. (Jensen, 1994 a; 1995; Jensen, Nielsen, 1996; Jensen, Schnack, 1994; Simovska, Jensen, 2003)

Quando se trabalha com um dado problema ambiental, por exemplo, o uso de fertilizantes na agricultura, as actividades para terem o carácter de acção têm que ter como objectivo contribuir para a solução desse problema. Como consequência, investigar a quantidade de nitratos que há na água de beber não pode ser caracterizada como uma acção, mas antes como uma actividade que, todavia, pode facilmente ter valor no contexto educativo. Um exemplo de uma acção nesta área poderá ser trabalhar para boicotar os produtos da agricultura tradicional e promover oportunidades para os produtos de origem ecológica e, como consequência, ajudar a resolver os problemas da poluição por nitratos (Jensen, 1994 a; 1995; Jensen, Nielsen, 1996; Jensen, Schnack, 1994). Contrariamente à acção, a actividade não é dirigida para as causas, mas pelo contrário, somente para os sintomas do problema (Jensen, Nielsen, 1996). Como consequência, é relevante distinguir entre as verdadeiras acções ambientais e de saúde e as que poderão ser referidas como acções investigativas. Se é decidido que o conteúdo em nitratos da água de beber deverá ser testado, isso deverá chamar-se uma acção investigativa científica, embora entrevistar pessoas diferentes sobre as suas opiniões acerca dum certo problema ambiental possa ser caracterizado como uma acção investigativa social. Essas actividades podem ser todas caracterizadas como acções, embora só as actividades geradas para resolver problemas ambientais específicos possam ser descritas como acções ambientais. (Jensen, 1994 b; Jensen, Nielsen, 1996)

O conceito de acção é mais exclusivo que o conceito de actividade, por outras palavras, todas as acções serão automaticamente actividades, embora o oposto nem sempre seja o caso. Além disso, uma acção ambiental ou de saúde é um conceito mais exclusivo que uma acção, porque não só visa resolver o problema mas também visa resolver o problema ambiental/ saúde com que se está a trabalhar (Jensen, 1994 b; Jensen, Nielsen, 1996).

O aspecto pedagógico e profissional das actividades pode ser justificadamente colocado na educação para a saúde e ambiental e em toda a educação, todavia, a educação ambiental e para a saúde que é preenchida com actividades não é necessariamente orientada para a acção (Jensen, 1994b; Jensen, Nielsen, 1996). As acções distinguem-se umas das outras dependendo do problema que está a ser resolvido. Um tipo de acções são as acções de saúde ou ambiente verdadeiras, onde as actividades são iniciadas e o objectivo delas é ajudar a resolver o problema particular de saúde ou ambiente com que se está a trabalhar. Outro tipo de acções são as investigações científicas, onde os alunos têm como objectivo aprender mais sobre a extensão do problema de saúde ou ambiente com que estão a trabalhar. Um terceiro tipo de acções são as investigações que são orientadas socialmente e onde os alunos, por exemplo, através de entrevistas a várias figuras chave, têm como seu objectivo revelar diferentes interesses, conflitos e opiniões em relação aos problemas de saúde e ambiente em questão (Jensen, 1994 b; Jensen, Nielsen, 1996).

Por exemplo, se os alunos por seu próprio acordo decidem examinar o grau de poluição de um curso de água e depois fazer análises químicas e biológicas, isso pode ser uma acção de investigação científica se tiver os dois requerimentos para a acção: os alunos tiverem tomado as suas próprias decisões para desenvolver as investigações e as investigações terem sido geradas para resolver o problema, relacionado com uma maior aprendizagem sobre a extensão e prevalência da poluição em questão (Jensen, 1994 b). Se, por exemplo, nas condições anteriores, os alunos fizerem um questionário relacionado com os hábitos de consumo e tirarem as suas conclusões, isto é uma acção investigativa

social (Jensen, Nielsen, 1996). Outro exemplo de uma investigação em ciências sociais, é o caso dos alunos que fizeram algumas entrevistas por telefone a pessoas que viviam perto de uma ponte, construída há algum tempo atrás, e perguntaram-lhes como avaliavam as consequências da construção da ponte alguns anos depois. A análise dos resultados levou ao envio de uma carta para o Ministério do Tráfego e do Ambiente. Pode-se argumentar que as entrevistas podem ser uma acção de natureza ambiental ou para a saúde. Quando os alunos, por exemplo, decidem testar os conhecimentos e atitudes sobre os problemas ambientais da agricultura de um fazendeiro, com a ajuda de questionários e entrevistas, não há dúvida que esse questionário (actividade) em si influencia o fazendeiro. Então, essas acções de investigação social podem em certa extensão ser caracterizadas como acções ambientais. O limite de cada caso é muito vago. O mesmo não é verdade para as acções de investigação científica que nunca serão capazes de ser caracterizadas como acções ambientais (Jensen, Nielsen, 1996).

4. UMA VISÃO PARA O FUTURO

O discurso na educação para a saúde, tal como, na educação para o desenvolvimento sustentável, tem vindo a ser construído, pelos decisores políticos e por vários investigadores, como assente no desenvolvimento da capacidade individual e colectiva para agir no sentido de minimizar ou resolver os problemas de saúde ou ambientais necessários para atingir as suas visões para o futuro. O referencial teórico dos projectos internacionais que têm vindo a ser assumidos pelas escolas do nossos país com sucesso, como os projectos Escolas Promotoras de Saúde e Eco-Escolas, têm subjacentes a mesma orientação para a acção e participação dos alunos. A investigação no nosso país realizada na comunidade escolar, tem mostrado que a maior parte dos professores que trabalham nesses projectos, embora apliquem metodologias activas, não desenvolvem projectos orientados para a acção e participação dos alunos (Vilaça, 2006; 2007 a; 2007b; 2008).

A eficácia que tem vindo a ser demonstrada pelo ensino orientado para a acção no desenvolvimento de competências de acção dos alunos sugere que esta metodologia deverá ser aprendida pelos professores na formação inicial e contínua. Os professores também deverão aprender, nesta metodologia de ensino, a construir o seu papel dentro de uma abordagem de "parceiros mais experientes", estimulando e apoiando os alunos dentro da sua aprendizagem (Simovska, Jensen, 2003), e a desenvolver a planificação, implementação, avaliação e feedback correctivo do projecto dentro de uma co-determinação entre alunos e professores.

REFERÊNCIAS

Associação Bandeira Azul da Europa (2007). Eco-Escolas, consultado a 15.09.2008: http://www.abae.pt/programa/EE/inicio.php.

European Commission, WHO Europe, Council of Europe, Swiss Federal Office of Public Health, Swiss Conference of Cantonal Ministers of Education, Universitat Lunrburg (1997). *First workshop on practice of evaluation of the Health Promoting School – models, experiences and perspectives. Executive summary and conference resolution.* Switzerland: autor.

Foundation for Environmental Education (FEE international)(s.d.). *Eco-Schools*, consultado a 15.09.2008: http://www.eco-schools.org/index.htm.

Jensen, B. B. (1994 a). Health promoting schools in Denmark: an action competence approach to health education. In C. Chu & K. R. Simpson (Eds.). *Ecological public health: from vision to practice.* Canadá: Institute of Applied Environmental Research, Griffith U., pp.132-141.

Jensen, B. B. (1994b). Action, action competence and change in the field of environmemtal and health educationlenge. In B. B. Jensen & K. Schnack (Eds.). *Action and Action Competence as*

Key Concepts in Critical Pedagogy. Copenhagen: Didaktiske Studier, Studies in Educational Theory and Curriculum, Royal Danish School of Educational Studies, pp.73-85.

Jensen, B. B. (1995). Concepts and models in a democratic health education. In B. B. Jensen, (Ed.). *Research in environmental and health education.* Copenhagen: Research Centre for Environmental and Health Education. The Danish University of Education, pp.151-169.

Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*, 12 (4) p.419-428.

Jensen, B. B., Nielsen, K. (1996). Activities, action and action competence. In Breiting & K. Nielsen (Eds.). *Environmental Education Research in the Nordic Countries*. Copenhagen: The Royal Danish School of Educational Studies, pp.120-143.

Jensen, B. B., Schnack, K. (1997). The action competence approach in environmental education. *Environmental Education Research*, 3 (2) pp.163-178.

Jensen, B. B., SchnaK, K. (1994). Action competence as an educational challenge. In B. B. Jensen & K. Schnack (eds.). *Action and Action Competence as Key Concepts in Critical Pedagogy.* Copenhagen: Didaktiske Studier, Studies in Educational Theory and Curriculum, Royal Danish School of Educational Studies, pp.5-18.

M.E., M.S. (2006). *Protocolo entre o Ministério da Educação e da Saúde.* Lisboa: Autor.

Ministério da Educação, Ministério da Saúde, APF, CAN (2000). *Educação sexual em meio escolar. Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde.

Mota, I.A., Pinto, M., Sá J.V., Marques, V.S., Ribeiro, J.F. (2005). *Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável, ENDS, 2005-2015.* (elaborados e aprovados a 20 de Agosto de 2007 pela Resolução do Conselho de Ministro n.º 109/ 2007). Portal do Governo consultado a 15.09.2008:www.planotecnologico.pt.

Presidência do Conselho de Ministros (2005). *Programa do XVII Governo Constitucional*. Lisboa: autor.

Rasmussen, V. B., Rivett, D. (2005).Setting the scene. In International Planning Committee of the ENHPS (Ed.). *Third workshop on practice of evaluation of the Health Promoting School – concepts, indicators and evidence. Sigriswil, Switzerland, 19-22 November 2004. Executive summary.* Switzerland: IPC, pp. 8-12.

Schnack, K. (1994). Some Further Comments on the action competence debate. In B. B. Jensen, K. Schnack (Eds.). *Action and Action Competence as Key Concepts in Critical Pedagogy.* Copenhagen: Didaktiske Studier, Studies in Educational Theory and Curriculum, Royal Danish School of Educational Studies, pp.185-190.

Simovska V., Jensen, B. B. (2003). *Young-minds.net/lessons learnt: Student participation, action and cross-cultural collaboration in a virtual classroom.* Copenhagen: Danish University.

Smyth, J. C. (1995). Environment and education: a view of a changing scene, *Environmental Education Research,* 1 (1), 3-20.

Stevenson, R. B. (2006). Tensions and transitions in policy discourse: recontextualizing a decontextualized EE/ESD debate, *Environmental Education Research,* 12 (3), pp. 277-290.

Svedbom, J. (2005). *Health Education and Environmental Education: The case for integration.* In S. Clift and B. B. Jensen, (Eds.). *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice.* Copenhagen: The Danish University of Education, pp.137-149.

UNESCO, UNEP (1977). Tbilisi Declaration. Georgia: UNESCO, UNEP, consultado a 15.09.2008: http://www.gdrc.org/uem/ee/tbilisi.html.

United Nations (1992a). *Agenda 21*. United Nations publication. Consultado a 7.09.2005 em http://habitat.igc.org/agenda21/index.htm.

United Nations (1992b). *Rio Declaration on Environment and Development*. United Nations publication. Consultado a 5.09.2005 em http://habitat.igc.org/agenda21/rio-dec.htm.

United Nations (2002). *Millennium Development Goals*. Consultado a 5.09.2005 em http://www.un.org/millenniumgoals/index.html

Vilaça, M.T. (2006). *Acção e competência de acção em educação sexual: uma investigação com professores e alunos do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário.* Braga: Universidade do Minho (tese de doutoramento não publicada).

Vilaça, T. (2007). Eficácia do Paradigma Democrático de Educação para a Saúde no Desenvolvimento da Acção e Competência de Acção dos Adolescentes em Educação Sexual. In A. Barca; M. Peralbo *et al* (Eds.) *Libro de Actas do Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagoxia*. U. Coruña: Rev. Galego-Portuguesa de Psicoloxia e Educación.

Vilaça, T. (2008). Projecto de Educação Sexual Orientado para a Acção e Participação: Efeitos nas Escolas, Professores, Pais e Alunos. In F. Cruz (org). *Saúde, Cultura e Sociedade. Actas do III Congresso Internacional*. Bragança: Associação para a Investigação e Desenvolvimento Sócio-Cultural.

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization (WHO/HPR/HEP/95.1).

WHO (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. Geneva: World Health Organization (WHO/HPR/HEP/95.3).

WHO (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2007). *The World Health Report 2007. A Safer Futur: Global Public Health Security in the 21st Century*. Geneva: WHO.

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

SAÚDE E DOENÇA

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: O RASTREIO DO CANCRO DA MAMA

Alexandra Pereira[1], Anabela Pereira[2] & Vítor Rodrigues[3]

Resumo

O nosso estudo teve como objectivo analisar quais os comportamentos de saúde que estavam associados à participação no rastreio do cancro da mama.

A nossa amostra foi constituída por 350 mulheres que realizaram o rastreio do cancro da mama da Liga Portuguesa Contra o Cancro (núcleo de Coimbra). Como instrumentos de avaliação utilizamos um questionário sociodemográfico, a Escala de Susceptibilidade, benefícios e barreiras do rastreio mamográfico (versão portuguesa, Martins Pereira *et al.,* 2007) e o *Breast cancer worry scale* (versão portuguesa, Martins Pereira *et al*., 2007).

Do estudo dos dados recolhidos podemos constatar que os comportamentos de saúde estão associados à história familiar de cancro da mama, ao estado civil e aos níveis etários. O rastreio do cancro da mama é percepcionado pelas mulheres como muito importante para a sua saúde, sendo contudo necessário desenvolver acções de formação neste domínio.

Palavras-chave

Comportamento; rastreio; cancro.

INTRODUÇÃO

A multiplicidade de formas como os indivíduos respondem aos sintomas físicos de uma doença constitui um dos fenómenos mais importantes a serem estudados no âmbito da saúde, uma vez que existem contrariedades nos comportamentos de saúde, se por um lado temos indivíduos que perante uma sintomatologia grave a ignoram, por outro lado temos indivíduos que perante uma pequena alteração física procuram a ajuda dos profissionais de saúde (Martins Pereira, 2008).

Face a uma actividade ou uma situação de avaliação ocorrem-nos variados pensamentos. Por um lado pretendemos compreender a nova informação e por outro surgem pensamentos avaliativos relacionados com fenómenos cognitivos - crenças.

Segundo Beck (1959) as crenças desenvolvem-se desde a infância, quer acerca do próprio indivíduo, quer acerca dos outros e da sociedade, como verdades absolutas que orientam o dia-a-dia de cada um dos indivíduos, quer na forma como pensam, agem e sentem perante uma determinada situação, determinando respostas comportamentais, emocionais e fisiológicas.

Ao implementarmos uma acção de promoção de saúde temos de ter em consideração a aceitação ou a rejeição do indivíduo, tendo como pressuposto de que o seu comportamento é determinado pelas suas crenças.

Ao abordarmos o cancro, como doença crónica, este assume uma dimensão especial, pelos mitos e crenças que criou, como pela insegurança, imprevisibilidade que cria no doente e na família, e pelo medo irracional. É vista como a doença mais temida da humanidade, uma vez que provoca um conjunto de reacções emocionais ao nível do doente, com repercussões imediatas na família e na sociedade (Pinto *et al*., 2007).

1. Universidade de Aveiro. **alexperei76@hotmail.com**
2. Universidade de Aveiro. **apereira@dce.ua.pt**
3. Universidade de Coimbra. **vrodrigues@netcabo.pt**

Os comportamentos relacionados com a saúde são na sua maioria, determinados pela representação que o indivíduo tem sobre a saúde e a doença.

O *Modelo de Auto-regulação de Leventhal* visa facilitar a compreensão dos factores que influenciam as percepções individuais às ameaças de doença, a relação entre essas percepções e a descrição dos sintomas de doença e de que forma as crenças individuais influenciam os comportamentos preventivos (Martins Pereira, 2008).

Apesar de este modelo não ser utilizado em comportamentos preventivos, ele faz a análise do impacto das mensagens de medo no comportamento preventivo.

O *Modelo de Crenças de Saúde* (MCS) desenvolvido por Rosenstock e este afirmava que a probabilidade de um indivíduo ter um comportamento saudável, dependia das suas crenças pessoais, acerca da ameaça percebida da doença e do risco/benefício de praticar uma acção.

Este modelo tenta explicar e predizer comportamentos de saúde baseados em atitudes e crenças individuais. O modelo prevê que a probabilidade de uma acção aumenta se a ameaça percebida da doença for elevada, e se os benefícios do comportamento vão compensar as barreiras (Horne *et al*., 1998).

O MCS está associado a comportamentos preventivos. No caso do rastreio do cancro, este prediz se um indivíduo para o qual é dirigido percebe a sua susceptibilidade a um determinado tipo de cancro, encarando-o como grave, e vendo no rastreio mais benefícios do que barreiras.

Estudos demonstram que este modelo prediz se uma mulher tem intenção de realizar uma mamografia; a mulher realiza mais rapidamente um rastreio se tiver percepção de susceptibilidade para desenvolver o cancro da mama, então ela percebe que é benéfico realizar a mamografia (Stein, 1992) e a percepção de barreiras e benefícios se correlacionam positivamente com a mudança de comportamento (Champion, 1999).

O rastreio do cancro da mama, através da mamografia, reduz os índices de mortalidade em cerca de 25% a 35% nas mulheres com 50 anos ou mais. A literatura sugere que é importante intervir com base nos pressupostos do MCS, nas variáveis susceptibilidade percebida, benefícios e barreiras, com o intuito de demonstrar a importância do rastreio do cancro da mama (Champion, 1999).

MÉTODO

Participantes

A amostra do nosso estudo é constituída por 350 mulheres que realizaram o rastreio do cancro da mama numa unidade móvel da Liga Portuguesa Contra o Cancro (Núcleo de Coimbra). As mulheres da amostra têm idades compreendidas entre os 44 e os 73 anos de idade.

Instrumentos

No nosso estudo utilizamos alguns instrumentos de avaliação.

Um **questionário sociodemográfico** que se subdividia em três partes:

- 1.ª Parte: Identificação sociodemográfica: idade; estado civil; profissão e número de filhos.
- 2.ª Parte: Identificação de comportamentos de saúde e história familiar de cancro da mama.
- 3.ª Parte: Percepção do rastreio do cancro da mama: avaliada em quatro questões,

às quais as participantes responderam numa escala tipo *Likert*.

Utilizamos o **R*evised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening*** (Champion, 1999 versão portuguesa, Martins Pereira *et al*, 2007). Este instrumento visa descrever as percepções de susceptibilidade, benefícios e barreiras do rastreio mamográfico. Esta escala é constituída por 15 questões de auto-preenchimento numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 – Discordo Plenamente; 5 – Concordo Plenamente). Os itens distribuem-se por 3 subescalas (Benefícios, susceptibilidade e barreiras), com valores de *alpha* de *cronbach* que variam entre .71 e .47 nas subescalas e .81 na escala total (Quadro 1).

Quadro 1. Escala de susceptibilidade, benefícios e barreiras da mamografia

Crenças de Saúde	Alpha de Cronbach	
	Versão Original	Versão Portuguesa
Escala Total	.87	.81
Subescala de Susceptibilidade	.93	.71
Subescala de Benefícios	.75	.83
Subescala de Barreiras	.88	.47

E o ***Breast cancer worry scale*** (Lerman, 1991 versão portuguesa Martins Pereira *et al*, 2007). Esta escala foi desenvolvida por Lerman e é constituída por quatro itens (Quadro 2), em que um mede a frequência de preocupação em ter cancro da mama um dia; dois itens medem o impacto da preocupação no humor e na realização das actividades diárias; e um item sobre a preocupação com o resultado da mamografia.

Quadro 2. Escala de preocupação com o cancro da mama

Itens	Alpha de Cronbach
A preocupação de poder vir a ter cancro da mama afecta o meu humor.	.87
A preocupação de poder vir a ter cancro da mama afecta a realização das minhas actividades diárias.	.84
Fico muito preocupada com o facto de um dia poder vir a ter cancro da mama.	.78
Fico muito ansiosa com o possível resultado da mamografia	.65

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A nossa amostra é constituída por 350 mulheres que efectuaram o rastreio do cancro da mama, numa Unidade Móvel da Liga Portuguesa Contra o Cancro (Núcleo de Coimbra), com idades compreendidas entre os 44 e os 73 anos de idade. A maioria das mulheres (73,4%) é casada e com filhos.

Quanto à avaliação da percepção de susceptibilidade e benefícios do rastreio mamográfico constatamos que a diferença observada é significativa para a Subescala de Benefícios (SBN) ($F= 3,15$: $p\leq 0,02$) e altamente significativa para a Subescala de Susceptibilidade (SS) ($F= 6,52$; $p\leq 0,000$). Com estes resultados podemos dizer que existem diferenças significativas entre o estado civil e a percepção de benefícios e susceptibilidade do rastreio mamográfico (Quadro 3).

Quadro 3. Médias e Desvio Padrão - variável estado civil

	SS		SBN	
Estado Civil	Média	DP	Média	DP
Casada	2,84	.88	2,62	.91
Solteira	3,31	.63	3,11	.76
Viúva	3,18	.70	2,56	.92
Divorciada	3,36	.69	2,92	.85

Da análise dos resultados podemos ainda dizer que o grupo etário que apresenta níveis de preocupação maiores em desenvolver cancro da mama é o grupo dos 51aos 60 anos de idade (Quadro 4).

Quadro 4. Médias e Desvios padrão – variável níveis etários

Níveis etários	Média	DP
Dos 40 aos 50 anos	2,29	.80
Dos 51 aos 60 anos	2,56	.83
Dos 61 aos 70 anos	2,42	.95
Mais de 71	1,50	-

Podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis etários e os níveis de preocupação em ter cancro da mama ($F= 2,53$: $p\leq 0,05$).

Comportamentos de Saúde

Relativamente aos comportamentos de saúde podemos dizer que 59,1% das mulheres recorre aos serviços de saúde.

No quadro 5 constatamos que a percepção de susceptibilidade, benefícios e barreiras é mais elevada nas mulheres que recorrem aos serviços de saúde por doença.

Quadro 5. Médias e Desvios Padrão – variável frequência aos serviços de saúde

	SS		SBN		SBR	
Frequência aos serviços de saúde	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Rotina	2,85	.86	2,60	.92	1,57	.59
Doença	3,17	.86	2,91	.81	1,77	.67
Urgência	2,95	.72	2,52	.99	1,39	.43
Não Recorre	2,97	.90	2,50	.84	1,45	.48

Neste sentido as diferenças encontradas também são significativas para a Subescala de Susceptibilidade ($F= 2,12$; $p\leq 0,03$), e para a Subescala de Benefícios ($F= 3,17$; $p\leq 0,02$). A Subescala de Barreiras (SBR) apresenta diferenças altamente significativas ($F= 4,37$; $p\leq 0,005$).

No quadro 3 verificamos que as mulheres que efectuaram o rastreio pela primeira apresentavam valores mais elevados de benefícios e de barreiras da mamografia, enquanto as que já o efectuam regularmente apresentam níveis de percepção mais reduzidos, nomeadamente as que já o efectuaram mais de 5 vezes já não o percepcionam tanto como um benefício. Enquanto as que o realizaram entre 2 a 5 vezes são as que apresentam valores mais baixos de percepção de barreiras.

Quadro 6. Medias e Desvios Padrão – variável frequência ao rastreio

	SBN		SBR	
Frequência ao rastreio	Média	DP	Média	DP
1.ª Vez	2,83	.87	1,77	.69
Entre 2 e 5 vezes	2,63	.90	1,53	.56
Mais de 6 vezes	2,20	1,07	1,58	.60

A SS apresenta valores estatisticamente significativos (F= 3,15; p< 0,04), enquanto a SBR apresenta valores altamente significativos (F= 5,33; p< 0,005).

História familiar de cancro da mama (HFCM)

Relativamente à HFCM verificámos que apenas 21,7% das mulheres apresenta HFCM, sendo que estes valores se referem a um grau de parentesco directo (mãe, irmã, avó).

Da avaliação de preocupação em ter cancro da mama verificamos que as mulheres com HFCM apresentam valores preocupação superiores do que as que não apresentam.

Quadro 7. Médias e Desvios Padrão – variável HFCM

HFCM	Média	DP
Com HFCM	2,70	.85
Sem HFCM	2,37	.85

Neste sentido encontramos diferenças altamente significativas entre os níveis de preocupação com o cancro da mama e a história familiar de cancro da mama (HFCM) (t= 2,91; p<0,004).

Percepções individuais

Relativamente à avaliação do nível de stresse antes e depois do programa verificamos que as mulheres apresentavam níveis de stresse mais elevados antes do rastreio (Quadro 8).

Quadro 8. Médias e Desvios padrão – variável stresse

	Média	DP
Stresse antes do rastreio	2,11	1,08
Stresse depois do rastreio	1,70	.838

Perante valores de stresse mais altos antes do rastreio, convém averiguar se estes são ou não significativos. Após a realização do teste de *t* de *student* emparelhado, verificamos que existem diferenças altamente significativas (t= 11,196; p= .000).

O mesmo se verificou quanto à variável medo antes e depois de realizar a mamografia. As mulheres também apresentavam níveis superiores de medo antes de efectuarem a mamografia (Quadro 9).

Quadro 9. Médias e Desvios padrão – variável medo

	Média	DP
Medo antes da mamografia	1,64	.922
Medo depois da mamografia	1,41	.751

Como podemos verificar os níveis de medo face à mamografia variam na razão inversa à realização do rastreio, apresentando diferenças estatisticamente significativas (t= 7,06; p= .000)

DISCUSSÃO

Tendo em consideração os resultados do nosso estudo podemos dizer que o Modelo de Crenças de Saúde representa um factor a ter em consideração na participação em programas de rastreio do cancro da mama (Horne *et al*., 1998; Taylor, 1999; Martins Pereira 2008), nomeadamente factores como a susceptibilidade, benefícios e barreiras percebidas. Em particular a percepção de susceptibilidade e benefícios tendo em consideração o estado civil das mulheres da amostra.

A susceptibilidade percebida correlacionou-se com os comportamentos de saúde (Sheeram *et al*. 1996), uma vez que verificamos que há uma preocupação em recorrer aos serviços de saúde, embora não seja de forma rotineira, mas em caso de doença ou urgência, havendo uma diferença estatisticamente significativa neste item.

No nosso estudo podemos constatar que as mulheres possuem um conhecimento escasso sobre o risco de desenvolver cancro da mama.

Os níveis de preocupação em ter cancro da mama são mais evidentes em mulheres em idade rastreável e em mulheres com HFCM.

Os comportamentos de adesão a este tipo de programas parecem ser influenciados pela HFCM, pelo estado civil, e pelos níveis etários, assim sugerimos atenção em abordagens com estes grupos, assim como a necessidade de verificar estes resultados em próximos trabalhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Champion, V. (1999). Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing & Health* 22, 341–348.

Lerman, C., Trock, B., Rimer, B., Jepson, C., Brody, D. &Boyce, A. (1991). Psychologcal side effects of breast cancer screening. *Health Psychology*. 10, 259-267.

Martins Pereira, A., Pereira, A. & Rodrigues, V. (2008). Escala de suscpetibilidade, benefícios e barreiras do rastreio mamográfico: Estudo exploratório. Poster a apresentar na XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos, Braga.

Martins Pereira, A. (2008). Promoção e comportamentos de saúde: Intervenção diagnostica no cancro da mama. Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. (2007). Sobrevivente de cancro: Uma outra realidade. *Enfermagem*, 16(1), 142-148.

Sheeran, P., Conner, M., & Norman, P. (2001). Can the theory of planned behaviour explain patterns of health behaviour change? *Health Psychology, 20* (1), 12-19.

Stein, A., Fox., A. & Murata, J. (1992). Mammography usage and the health belief model. *Health Education*, 19, 447-462.

Taylor, (1999). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.

EDUCAÇÃO E FACTORES DE RISCO NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO: UM ESTUDO NO DISTRITO DE BEJA

Maria Goes[1], Isabel Natário[2], Manuela M. Oliveira[3] & Jorge Bonito[4]

Resumo

O aumento do envelhecimento da população constitui um fenómeno global, que tem requerido medidas políticas específicas e variadas. De todas elas, a que parece constituir o último recurso é a colocação do idoso em lares, pese embora a investigação revele a importância, para a sua saúde, de o manter o maior tempo possível no seu ambiente familiar. Este estudo procura perceber a importância de alguns factores de risco de institucionalização do idoso. Trata-se de um *case-control,* retrospectivo, aplicado a uma amostra de 300 idosos do Distrito de Beja. Os principais resultados apontam no sentido de existir menor grau de dependência dos idosos que residem no seu domicílio, relativamente aqueles que habitam em lares.

Palavras-chave

Envelhecimento, idosos, factores de institucionalização.

1 - INTRODUÇÃO

O aumento da proporção da população idosa no total da população é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera sócio-económica para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida. Como consequência, verifica-se um peso cada vez maior dos idosos na população gerando-se um desequilíbrio com implicações profundas a todos os níveis nos próximos anos. As actuais projecções indicam que em 2020, em Portugal, a percentagem de idosos com mais de 65 anos será de 20% e de 2,4% os que terão mais de 85 anos (Nazareth, 2006). Os dados recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística, de 2001, apontavam um índice de dependência dos idosos de 24,5 (Carrilho, 2002)

A heterogeneidade regional é evidente pelo índice de envelhecimento que assume e a repartição dos idosos não é uniforme, sendo o Alentejo a região com maior índice de envelhecimento – 176 idosos por cada 100 jovens. Também ao Alentejo cabe a maior proporção de indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, assistindo-se ao envelhecimento da própria população idosa (Carrilho, 2002).

O impacto deste envelhecimento demográfico no Sistema de Saúde será, igualmente, grande. Um estudo efectuado pela OCDE, em 2005, sobre cuidados de saúde para as pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência em Portugal, revela que o consumo dos idosos em cuidados de saúde é muito grande. Estima-se que, relativamente a uma pessoa de 25 anos, um idoso de 75 anos aumente em 700% o gasto em assistência em hospital, em 100% o gasto ambulatório e domiciliário e em 72% o gasto farmacêutico (Vieira, 2007).

Este fenómeno do envelhecimento, consequência da transição demográfica, envolve

1. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico Beja.**margarida.goes@esenf.ipbeja.pt**
2. Departamento Matemática da Universidade Nova de Lisboa. FCT/UNL. **icn@fct.utl.pt**
3. Departamento Matemática da Universidade de Évora. **mmo@uevora.pt**
4. Departamento de Pedagogia e Educação da Universidade de Évora. **jbonito@uevora.pt**

algumas implicações nos contextos, relações e ambientes sociais (Malveiro, 1997; Nazareth, 1998; Pimentel, 2001; Carrilho, 2002; Martins, 2006): (a) as regiões mais afectadas são as do interior; (b) existem transformações das redes sociais de suporte informal na velhice; (c) a família continua a ser o principal apoio ao idoso, em relação aos contactos sociais e apoio psicológico; (d) nas famílias, os papéis e as funções alteraram-se e foram atribuídos ao Estado; (e) a interacção familiar fica comprometida com os vários papéis que a mulher desempenha nas sociedades modernas e o recurso às redes formais de apoio surge como uma solução.

Esta é a realidade marcadamente presente no distrito de Beja. Os dados recolhidos junto do Centro Regional de Segurança Social de Beja revelam que entre 1980 e 2008 o número de idosos em lares passou de 489 (em 17 estabelecimentos) para 2911 (em 51 lares). Há, porém, uma enorme lista de utentes em espera para a sua institucionalização.

Para compreender o "ambiente humano" torna-se adequado socorrer-nos de quadros teóricos da ecologia humana. Segundo Boyden (1992), citado por Lawrence (2003), "os processos e os produtos humanos transformam os constituintes do ambiente para ir de encontro às aspirações, objectivos e necessidades" (p.35). Além disso, as actividades humanas podem provocar inúmeras consequências nos constituintes abióticos e biológicos dos ecossistemas e em contrapartida, sofrerem um grande impacto na saúde humana e no bem-estar. Esta é uma das razões porque os estudos das inter relações entre o biológico, as características ecológicas e culturais dos lugares humanos devem ser abordados numa perspectiva integrada e aplicados eficazmente (Lawrence, 2003).

Como refere Tuan (2001) o lugar é uma pausa no tempo. O lugar está sem dúvida associado ao tempo; até no sentido em que os mais novos o perspectivam enquanto um torneio no tempo, os mais velhos olham para trás fazendo recorrência àquilo que fizeram e foram. Diversos autores, de entre os quais Korpela e Hartig (1996) salientam que é no sentido em que o sujeito associa ao espaço físico determinadas memórias e emoções que lhe permitem recordar o seu passado e perspectivar o futuro, que conseguem alcançar a a tão desejada continuidade, que contribui para a estabilidade do self. Podemos dizer que os lugares nos ajudam a saber quem somos e a lembrar-nos quem fomos. As nossas memórias estão associadas a lugares a espaços concretos que existem hoje e são diferentes dos de então.

Hormuth (1990) salienta que a perda de continuidade ao nível do *self* pode conduzir a distúrbios psicológicos. O autor refere as situações de realojamento forçado como potenciadoras deste tipo de problemas. Estes resultados corroboram os de Coleman (citado por Willmott, 1976) em que o autor registou a incidência de uma patologia – *transitional neurosis* – nos sujeitos que experienciaram situações de mudança de residência.

No caso do idoso, em particular, o seu domicílio é, como considera Vieira (2007), cada vez mais o melhor ambiente, na medida em que é ali que as pessoas crescem, se desenvolvem, vivem e sofrem os diferentes eventos da vida e, espera-se, seja também cada vez mais o local para morrer, com a assistência adequada." (p. 85)

O objectivo do presente estudo é averiguar a pertinência na explicação da situação residencial dos idosos a partir dos chamados "factores de institucionalização", que consistem no tipo de apoio que os idosos recebem (5 níveis), na existência de coabitação com outras pessoas (em 3 níveis), na existência de visitas aos idosos (5 níveis) e em duas medidas ordinais de graus de dependência dos idosos – escalas de Katz (7 níveis), que mede dependência física, e de Lawton (19 níveis), que mede dependência psicossocial.

1.1 - O IDOSO NO CONTEXTO SOCIAL ACTUAL

O envelhecimento é um processo fisiológico, não é uma doença, mas a necessidade de ajuda já é uma constatação que não se pode ignorar. A rede familiar é a primeira a

quem se recorre, na medida em que é a família que tem o papel mais importante, no que respeita ao apoio às pessoas idosas. É nela que os idosos procuram apoio para resolver as suas necessidades de acolhimento, troca afectiva e material e é a ela que recorrem como suporte social.

No conjunto das politicas para a terceira idade, o objectivo central é o de manter os idosos o máximo de tempo possível, no seu domicílio. Apesar dos apoios aos idosos em Portugal ainda não serem satisfatórios, algumas das respostas sociais são as seguintes:

O Serviço de Apoio Domiciliário: destinado essencialmente aos idosos que apresentam algum grau de dependência. Presta serviços ao nível da alimentação, higiene pessoal, limpeza da habitação e tratamento de roupas. Tem como finalidades evitar a institucionalização e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Os Centros de Dia: Pressupõem que o idoso seja autónomo nas suas actividades de vida. Este tipo de serviço mantém o idoso integrado na comunidade e na família.

Os Centros de Convívio: Proporcionam um local de convívio e lazer, desenvolvem a vertente lúdica e de ocupação dos tempos livres. Este tipo de apoio tem um papel de grande relevo na prestação de cuidados do idoso, pois mantem-no no seu meio ambiente e nalgumas situações facilita a sua permanência no seio da família.

Os lares: são equipamentos colectivos de alojamento temporário ou permanente e são o recurso último quando a rede de apoio informal não existe ou não consegue dar resposta às necessidades dos idosos.

A institucionalização do idoso surge como última alternativa, quando todas as outras já se esgotaram e, segundo Pimentel (2001), um dos motivos de ingresso no lar é a perda de autonomia física do idoso; este não é, no entanto, motivo isolado, associando-se-lhes outros factores que mais fortemente condicionam a decisão.

Apesar da simultaneidade que se estabelece entre estes dois tipos de recursos (redes de suporte formal e informal) e dos estudos que consultamos, fica a convicção de que, apesar das alterações que ocorreram na sociedade aos mais variados níveis, o lugar do idoso ainda é na família, nem que para isso se tenham de mobilizar outros recursos.

1.2 - FACTORES DE RISCO PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS

O conceito de "risco", para Last John M. (1988, p.15), citado por Pereira (1995), é "o grau de probabilidade de ocorrência de um determinado evento como por exemplo: o risco de alguém ter um acidente ou de ter cancro. Nem todos os indivíduos têm os mesmos riscos. Em termos gerais, a probabilidade de alguém vir a se tornar doente, ou incapacitado, para alguma actividade rotineira, varia seja pela simples presença de um factor (as vezes por sua própria ausência), seja pela intensidade com que ele está presente, ou, por sua combinação com outros factores." (p. 21)

Para Mausner e Kramer (2004), entende-se por factores de risco, "aqueles cuja presença está associada a uma maior probabilidade de que determinada doença venha a desenvolver-se. Os factores de risco podem ser imutáveis ou susceptíveis de modificação. Factores como a idade, o sexo, a raça e a história familiar, que não se podem alterar, são frequentemente grandes determinantes do risco. Há também aqueles factores de risco passíveis de serem alterados, como por exemplo os fumadores serem persuadidos a abandonar o tabaco." (p. 18)

Assim, identificamos alguns dos factores que contribuem para a institucionalização dos idosos e que são referidos mais frequentemente nos estudos que anteriormente referimos, tendo sido agrupados em categorias e analisados mais pormenorizadamente para que se perceba a sua influência na entrada para uma instituição:

Biológicos: A idade, é um factor preditivo de entrada para uma instituição já largamente demonstrado, em grande parte dos estudos realizados e a que tivemos acesso (Morris, 1988; Weissert, 1989; Abraham, 1994; Freedman, 1994; Klein, 1994; Severson, 1994; Metzger, 1997; Vernooi, 1997). Este risco aumenta a partir dos 75 anos e é máximo na faixa etária dos 85 e mais anos (Berger, 1994,)

O sexo, como indicador aparece referenciado nalguns trabalhos (Morris, 1988; Weissert, 1989; Abraham, 1994; Freedman, 1994; Klein, 1994; Severson, 1994; Metzger, 1997; Vernooi, 1997), não por estar associado a factores de ordem biológica, mas antes por dizer respeito ao desempenho de tarefas que culturalmente "não pertencem aos homens". O ser homem é apontado como sendo factor de risco de entrada para uma instituição, quando este se encontra a viver sozinho, uma vez que tem que desempenhar funções relacionadas com a manutenção da higiene da casa, confecção de alimentação, o cuidar da roupa, o fazer compras, etc., que são, no nosso meio cultural, tarefas consideradas como responsabilidade das mulheres.

Psicológicos: O facto de viver só. As circunstâncias que envolvem o último ciclo da vida criam condições favoráveis ao isolamento objectivo, na medida em que as perdas que vão acontecendo nos objectos relacionais ao longo da vida dificilmente são colmatadas. Netto (1996) diz-nos que" morar sozinho, não ter filhos, ou não estar casado, são factores de risco para a institucionalização de idosos que necessitam de cuidados de longa duração" (p. 316).

A limitação dos contactos com a família (visitas). Na família, aconteceram e acontecem alterações resultantes da evolução da sociedade (família nuclear, afastamento precoce dos filhos por exigência dos estudos, desejo de emancipação ou necessidades decorrentes do mercado de trabalho) que conduzem à existência de um maior número de casais a viver sós ou com relações difusas com os filhos quando chegam à velhice.

Sociais: A rede de suporte. Na rede formal, podemos incluir todo o tipo de assistência prestada pelas instituições sociais de saúde (centros de saúde e hospitais), bem como o sistema de segurança social (centros de dia, lares e sistemas de apoio domiciliário). A rede informal compreende as redes de família, da vizinhança e de amizade e de certa forma podem ser consideradas redes naturais de solidariedade, na medida em que surgem espontaneamente na sociedade e se situam num plano individual.

1.3 - DEPENDÊNCIA

Para a realização deste estudo, procurámos averiguar se a dependência dos idosos é, no nosso contexto social, um factor de institucionalização. Alem disso, pensámos que seria útil perceber quais os factores de risco que lhe estão associados. Quando falamos de dependência, esta pode aparecer-nos sob várias facetas, o que torna a sua análise, se não difícil, pelo menos ambígua.

Há, por tudo isto, uma crescente necessidade de caracterizar a dependência, sendo cada vez mais evidente que ela é multidimensional, multifactorial e multicausal. A dependência é considerada por muitos como uma parte necessária do envelhecimento (Baltes, 1996; Berger, 1994; Netto, 1997) e, como muitos outros fenómenos do envelhecimento, parece ser, em primeiro lugar, um produto do declínio e da deterioração do indivíduo, tal como o são a perda das funções mental e física.

Assim como a dependência na infância, a qual parece ser uma etapa natural do desenvolvimento humano, também a dependência na terceira idade é considerada como consequência inevitável da velhice; no entanto, não devemos encará-la como unifactorial e inevitável, pois existem estudos (Sampson, 1985; Spence, 1985) que apontam para que esta seja em grande parte o resultado de atitudes negativas da sociedade para com os idosos. Neste contexto, a dependência na terceira idade é mais um preconceito que uma

reflexão das verdades, ao nível das competências dos mais idosos.

É por isso necessário tentar ver a dependência na idade avançada, sob as condições em que esta é avaliada socialmente, de forma a poder encará-la como funcional e também desejável.

2 - MATERIAL E MÉTODOS

2.1 - ESCALAS DE AVALIAÇÃO DOS ESTADOS FUNCIONAIS

Quando avaliamos o estado funcional do idoso, devemos fazê-lo de uma forma abrangente, tendo em conta as várias dimensões do conceito de saúde. Assim, deve avaliar-se o quanto as pessoas são dependentes no desempenho das suas actividades diárias, tendo em conta as áreas física, psíquica e social.

Um grupo de cientistas, nos EUA, liderados por Sidney Katz (1963) citado por Badia Xavier (1996) desenvolveu um primeiro trabalho baseado num pensamento mais crítico e com bases teóricas. Este equiparou a sequência da recuperação das seis actividades básicas da vida diária (alimentar-se, ter continência de esfíncteres, mobilizar-se, usar a casa de banho, vestir-se e tomar banho) e verificou que se assemelhavam à sequência de aprendizagem dessas mesmas funções no processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

Por sua vez, Lawton e Brody (1998) conceberam um outro conjunto de actividades a que chamaram actividades instrumentais da vida diária – AIVD, e que são mais complexas que aquelas que Katz e seus colaboradores idealizaram. Este tipo de actividades reflecte a capacidade que os idosos possuem para se adaptarem ao meio que os rodeia e que incluem o usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar a roupa, ser capaz de usar transportes, tomar medicamentos e gerir dinheiro, representando cada item uma tarefa complexa, composta por vários componentes, e que vão determinar a capacidade do idoso para continuar a viver sozinho e sem ajuda

De acordo com a pesquisa bibliográfica realizada traçámos as seguintes hipóteses:

- **H1**-Existe associação entre a situação residencial do idoso e o tipo de apoio que recebe.
- **H2**-Existe associação entre o facto de o idoso viver só e a sua entrada num lar.
- **H3**-Os idosos que residem no domicílio são visitados mais frequentemente pelos filhos do que os idosos que aguardavam "entrada"para um lar.".
- **H4**-Os idosos que residem no domicílio têm um menor grau de dependência para a escala de Katz do que os idosos que aguardam entrada para um lar.
- **H5**-Os idosos que residem no domicílio têm um menor grau de dependência para a escala de Lawton que os idosos que aguardam entrada para um lar.

A definição precisa dos limites dos grupos demográficos nem sempre é uniforme e consensual entre os organismos internacionais. No trabalho de Carrilho (2002), usado pelo INE, o grupo de população idosa tem 65 e mais anos. A população-alvo do nosso estudo, contudo, os idosos com mais de 75 anos do Distrito de Beja.

Extrai-se uma amostra por conveniência, constituída por 300 idosos, dividida em duas sub-amostras emparelhadas: Grupo A - 150 idosos com futura residência nos lares do Distrito de Beja; Grupo B - 150 idosos a residir no domicílio do mesmo distrito. Todos estes idosos completaram, até final de 2006, 75 ou mais anos de idade, momento a partir do qual o risco de institucionalização aumenta consideravelmente.

Utilizámos uma amostra emparelhada e intencional a partir do grupo A para apurar o grupo B, com base nas suas características (sexo, idade, escolaridade e local de residência). Quando houve mais que um indivíduo com a mesma idade, sexo, escolaridade e local de residência no domicílio, procedeu-se a uma escolha aleatória, por sorteio.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista estruturada. As razões que nos levaram a escolher este tipo de instrumento prendem-se, essencialmente, com os factos de a população em estudo ter uma idade avançada, de estarmos em presença de muitos indivíduos analfabetos ou com iliteracia, e de haver uma série de dados colhidos a partir dos processos dos idosos que se encontram no lar ou, se necessário, junto de quem presta apoio aos idosos que se encontram no domicílio, como foi o caso dos Centros de Saúde.

Para os índices de Katz e Lawton, aplicámos o coeficiente de correlação de Spearman e foi obtido o valor 1 que se deve ao facto de não ter havido qualquer diferença entre as respostas obtidas no teste e no pós-teste.

Tipicamente estes dados, pela forma como foram recolhidos, constituem um *design* de *case-control*, em que se controla não apenas a variável resposta de interesse "situação residencial" como também outros factores como sendo o sexo, o estado civil, a idade e o grau de escolaridade dos idosos envolvidos. Foram registados 150 casos e 150 controles (1 para cada caso), num estudo do tipo retrospectivo.

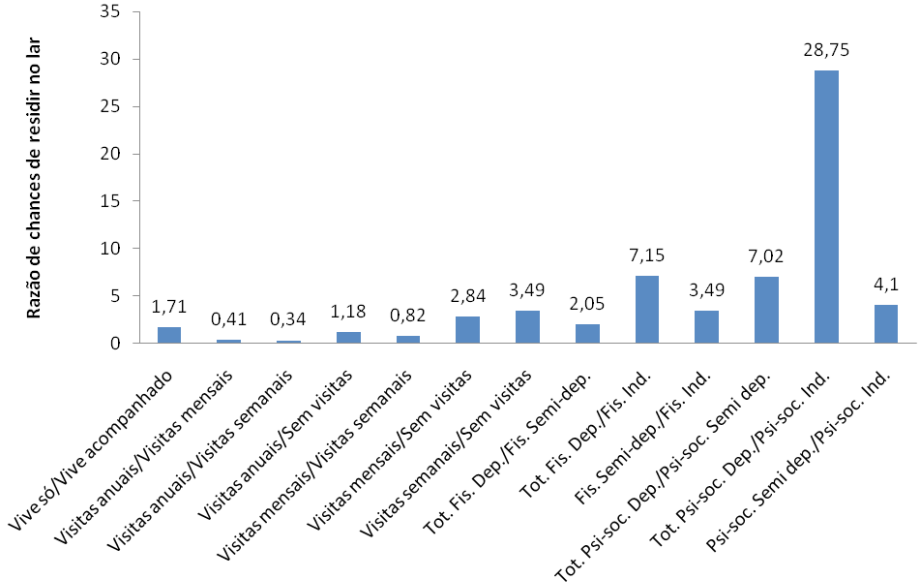
A nossa estratégia para descrever a tabela de contingência vai passar assim por considerar razões de chances (*odds ratios*) entre os diferentes níveis de cada um dos factores e os dois níveis da variável resposta. Lembramos que, para um acontecimento dicotómico, definimos chance (*odds*) como o quociente entre a probabilidade de sucesso desse acontecimento e a probabilidade de insucesso. No nosso caso concreto estamos interessados na chance de um idoso estar alojado no lar (= sucesso).

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Tabela 1. Tabela de contingência

DE ENTRE OS QUE VIVEM NO LAR:	DE ENTRE OS QUE VIVEM EM DOMICÍLIO PRÓPRIO:
0.58 vivem sós	0.45 viviam sós
Praticamente todos são ajudados por profissionais e familiares (0.99)	0.43 são apoiados pela família, 0.15 são apoiados por outros e 0.15 são apoiados por profissionais e familiares, 0.17 são apoiados exclusivamente por profissionais e 0.11 não têm qualquer espécie de apoio
0.07 têm visitas anuais, 0.19 visitas mensais, 0.53 visitas semanais e 0.21 não tem visitas.	0.13 têm visitas anuais, 0.13 visitas mensais, 0.31 visitas semanais e 0.43 não tem visitas.
Fisicamente falando, 0.14 são totalmente dependentes, 0.55 são semi-dependentes e 0.31 são independentes.	Fisicamente falando, 0.04 são totalmente dependentes, 0.32 são semi-dependentes e 0.64 são independentes.
Psico-socialmente falando, 0.31 são totalmente dependentes, 0.67 são semi-dependentes e 0.03 são independentes.	Psico-socialmente falando, 0.05 são totalmente dependentes, 0.81 são semi-dependentes e 0.13 são independentes.

Obtivemos então os seguintes resultados relativos a razões de chance interesse estimadas:



(Tot. Fis. Dep., Fis. Semi-dep. e Fis. Ind. são siglas para "totalmente fisicamente dependente", "fisicamente semi dependente" e "Fisicamente independente", respectivamente. Tot. Psi-soc. Dep., Psi-soc. Semi dep. e Psi-soc. Ind. representam "Totalmente psico-socialmente dependente", "Psico-socialmente semi dependente" e "Psico-socialmente independente", respectivamente.)

Assim, por exemplo, quem vive só tem uma chance de residir no lar 1.71 vezes maior do que quem vive acompanhado e a chance de residir no lar para quem é totalmente psico-socialmente dependente de 28.75 vezes maior do que a chance de residir no lar para quem é psico-socialmente independente.

Em síntese, resumo, verificamos que todos os factores considerados parecem ter importância na institucionalização dos idosos sendo sem dúvida o factor mais preponderante a dependência psico-social, seguida da dependência física.

Investigámos, de seguida, a relação entre a resposta "situação domiciliar" com cada um dos factores (viver só, visitas, escalas de KATZ e LAWTON) controlando por sua vez cada um dos outros factores. Salientam-se as seguintes observações:

Condicionalmente ao facto do idoso viver só ou acompanhado verifica-se continuar a não haver independência entre a institucionalização do idoso e o seu grau de dependência física. No entanto também não se verifica homogeneidade no comportamento destas razões de chances (de um idoso viver no lar com os diferentes graus de dependência física) entre os idosos que vivem sozinhos e os que vivem acompanhados, sendo notório que são muito maiores as chances dos idosos serem institucionalizados com o agravo do seu grau de dependência física entre os idosos que vivem sós:

Tabela 2. Razão de chances estimada entre viver no lar e os níveis do factor KATZ enunciados condicionais em viver só ou acompanhado e marginais

		Razão de chances estimada entre viver no lar e os níveis do factor KATZ enunciados condicionais em viver só ou acompanhado e marginais		
Níveis do factor KATZ do numerador (esquerda) e do denominador (direita)		Vive acompanhado	Vive só	Marginal
Dependente	Semi-Dependente	1.87	4.09	2.05
Dependente	Independente	4.45	20.68	7.15
Semi-Dependente	Independente	2.38	5.05	3.49

Tabela 3. Razão de chances estimada entre viver no lar e os níveis do factor LAWT enunciados condicionais em viver só ou acompanhado e marginais

		Razão de chances estimada entre viver no lar e os níveis do factor LAWT enunciados condicionais em viver só ou acompanhado e marginais		
Níveis do factor LAWT do numerador (esquerda) e do denominador (direita)		Vive acompanhado	Vive só	Marginal
Dependente	Semi-Dependente	4.95	23.33	7.02
Dependente	Independente	15.00	125.00	28.75
Semi-Dependente	Independente	3.03	5.36	4.10

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir do nosso enquadramento teórico, foi-nos possível identificar vários factores que de uma forma ou de outra contribuem para que os idosos recorram ao internamento nos lares. No entanto, a maioria desses estudos foram realizados em situações socioeconómicas e culturais diferentes da nossa realidade. Tornou-se por isso necessário saber se também no nosso contexto social esses factores têm influência na institucionalização dos idosos.

Na análise efectuada ao factor de institucionalização "*tipo de ajuda*", verificámos que todos os idosos que aguardavam a entrada no lar tinham apoio da rede formal e informal, contrariamente ao esperado, uma vez que esse apoio deveria ser suficiente para a sua permanência no domicílio. Percebemos que pelo facto de se encontrarem em situação de grande ou moderada dependência, careciam de muitas ajudas na medida em que apresentavam, todos eles, algum grau de dependência, quer física quer psicossocial. Concordamos com Jacob (2001), que refere que, para além das grandes dificuldades que se verificam, na maioria dos casos, por parte da família para cuidar do idoso, existe, igualmente, por parte do Estado uma grande dificuldade em criar estruturas de apoio que garantam todos os direitos fundamentais do idoso. Não existem portanto, associação entre a situação residencial do idoso e o tipo de apoio que recebe (hipótese H1 rejeitada).

Relativamente ao factor "viver só", existem uma grande probabilidade do idoso ser institucionalizado, o que nos leva a aceitar a nossa segunda hipótese. O facto de os idosos viverem sós, é desta forma, um factor de risco, pois leva a que se percam ligações com o meio social que os envolve. Daqui resultam rupturas relacionais com o meio envolvente, sem que o indivíduo encontre formas de restabelecer o equilíbrio e a inserção social ou, quando as encontra, estas podem exigir um maior esforço do que o habitual, aquém do que o idoso julga possível. Quando estas perdas e estas rupturas não são colmatadas, criam-se condições para que exista, para além de um isolamento objectivo, um sentimento de solidão (Ilhéu, 1999).

A análise feita ao factor " visitas" permite concluir que quanto mais frequentemente os idosos são visitados, menos riscos correm de entrar para uma instituição. As visitas são importantes porque levam a que se sintam mais seguros, no caso de uma possível necessidade de ajuda. Por outro lado, os idosos que não são frequentemente visitados principalmente por parte dos filhos, têm receio de, em caso de uma situação de dependência surgir, não terem a quem recorrer.

As visitas são o continuar da vida em família e contribuem para fortalecer as ligações entre a vida familiar e a qualidade de vida. Além disso, há mesmo quem defenda que a manutenção dos laços não só com os filhos mas também com os amigos é um importante elemento de prevenção de múltiplas doenças, quer físicas, quer psíquicas. Corroboramos, desta forma, a nossa terceira hipótese.

Os idosos que residem no domicílio têm um menor grau de dependência para a escala de Katz do que os idosos que aguardam entrada para um lar. Verifica-se um aumento da probabilidade de ida para um lar à medida que o grau de dependência física aumenta. Podemos concluir que o grau de dependência física é, no nosso distrito, um factor que muito contribui para a institucionalização dos idosos.

Por último, Os idosos que residem no domicílio têm um menor grau de dependência para a escala de Lawton que aqueles que aguardam entrada para um lar. Este tipo de dependência é sem dúvida o factor mais preponderante no processo de institucionalização, dada a fortíssima associação que existe entre, o facto de viver num lar e o aumento da dependência psicossocial. Donde, também esta hipótese foi corroborada.

5 - CONCLUSÃO E SUGESTÕES

O facto de os idosos viverem sós e a diminuição das visitas dos filhos provoca o sentimento de isolamento e solidão. Múltiplas são as causas que contribuem para estas duas situações, no nosso contexto:

- Uma reforma forçada, mobilidade geográfica de filhos e familiares, morte do cônjuge e de amigos, afastamento de diversos organismos a que pertenciam.
- A actual estrutura familiar, a urbanização, o anonimato nos contactos humanos, a mobilidade da população, a evolução acelerada da sociedade, o ambiente hostil, são elementos com muita influência neste acontecimento.
- Os baixos rendimentos dos idosos acarretando um baixo nível de vida, o débil estado de saúde, a par tantas vezes com uma inactividade forçada, provocam no idoso sentimentos de inutilidade social, primeiro passo para que se isole, se sinta só e recorra a instituições como ultima alternativa.
- A reduzida capacidade de participação sócio-cultural que é permitida aos idosos, também faz com que se sintam marginais na sociedade em que vivem.

Julgamos importante sugerir que a resolução deste problema deverá basear-se no esforço que a sociedade deve realizar, para não permitir que o indivíduo idoso se desintegre do seu meio. As acções decorrentes deverão centrar-se, não na sua integração, mas antes na sua não-desintegração e no envolvimento destes como participantes activos na vida social em geral.

O tipo de ajuda que os idosos têm, relacionado com o grau de dependência quer física quer psicossocial, é insuficiente para prolongar o mais possível a sua independência perante a sociedade. Uma vez que a saúde é resultante de um equilíbrio delicado entre as partes biológica, psíquica e social do indivíduo, não podemos aceitar que estas medidas de apoio adoptadas no campo sanitário não estejam interligadas ou, dito de outra forma,

que não exista uma complementaridade de forma a possibilitar, ao idoso, o acesso a um conjunto de recursos que garantam a sua independência.

Pensamos existir muita falta de inter e pluridisciplinaridade na abordagem deste problema, decorrente de um não-profissionalismo existente entre nós, dando origem a uma assistência de má qualidade sem coordenação nas acções empreendidas. Isto requer, todavia, uma nova forma de pensar por parte de cada um de nós, da sociedade e da humanidade, como um todo.

No nosso ponto de vista, urge realizar, pois, uma renovação cultural baseada em três valores supremos (Lopes, 2008): o valor da vida; o valor da amizade; e o valor do amor.

Com estes princípios éticos, relativamente aos quais as pessoas sentem um forte compromisso emocional, conduzirá a que os valores assumam um lugar central na própria vida. O ser humano, enquanto entidade física, social e espiritual e o valor existencial da vida humana serão a centralidade, ou núcleo, para compreender o dinamismo funcional das pessoas. São apenas os valores que dão sentido e significado à vida individual e social.

E neste aspecto a educação constitui-se como uma necessidade social. Educar será, pois, trabalhar com a mente e com o coração das pessoas (Bonito, 2008). O grande desafio reside, pois, na comunicação, sendo a qualidade desta decisiva para manter ou mudar atitudes (Morreale e Pearson, 2008). Beebe, Beebe e Redmond (2004) consideram que, teoricamente, a boa comunicação confere poderes aos outros, e permite às pessoas conhecerem-se melhor e fazerem as suas próprias escolhas. A comunicação depende, por um lado, do educador, como se disse, da sua credibilidade e competência, atracção e semelhança (Hoy e Smith, 2007), poder e autoridade. Os processos educativos devem, por isso, estar revestidos de boas e fortes escolhas de comunicação.

Estamos convencidos de que esta renovação permitirá aos idosos desempenhar um papel importante nos últimos anos da sua existência e permitir-nos-á, com eles, aprendermos a viver uma vida mais plena.

BIBLIOGRAFIA

Abraham, I. *et al*. (1994, Agosto). Risk profiles for nursing home placement of rural elderly: A cluster analysis of psychogeriatric indicators. Archives of Psychiatric. *Nursing.* Ano 8 (4), 262-271.

Badia, X. *et al*. (1996). *La medida de la salud – Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Promociones e Publicaciones Publicitarias.

Baltes, M., & Silverberg, M. (1996). *The many faces of dependency in old age.* Cambridge: University Press, 123-150.

Beebe, S. A., Beebe, S. J., & Redmond, M. V. (2004). *Interpersonal communication : relating to others*, 4th ed., Boston, Allyn & Bacon.

Berger, L. (1994). *Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento*. Lisboa: Lusodidacta.

Bonito, J. (2008). *Fará a educação bem à saúde*. I Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representação Sociais (no prelo).

Callaham, M. *et al*. (1992). *Randomized clinical trial of high-dose epinephrine and norepinephrine*. Nova York: JAMA.

Carvalho, V. ; Fernandes, M. (1999). Depressão no idoso. In Mathteus Papaléo Netto: Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora: Atheneu.

Carrilho, M. J. (2002). *A situação demográfica recente em Portugal*. Estudos demográficos, INE.

Freedman, V. A., *et al*. (1994, Maio) - Family networks: predictors of nursing home entry. *American Journal of Public Health*, 84 (5), 843-845.

Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu.

Hormuth, S.E. (1990). *The Ecology of Self*: relocation and self-concept change. Cambridge: Cambridge University Press.

Hoy, W. K., & Smith, P. A. (2007). Influence: a key to successful leardship, *International journal of educational management, 21*(2), 158-167.

Ilhéu, J. R. (1999). Isolamento e solidão na população idosa no Alentejo. *Economia e Sociologia*. Évora: Universidade de Évora, 54, 29-52.

Instituto Nacional de Estatística (2001). *Recenseamento geral da população1991 e 2001. Estimativas e Projecções de População.* Lisboa: INE.

Jacob, J. (2001). *Diversidad, estabilidad y madurez en ecosistemas influidos por las actividades humanas.* Barcelona: Editorial Blume.

Klein, T. & Salaske, I. (1994, Novembro, Dezembro). Determinants of nursing home admission of elderly patients and chances for prevention. A longitudinal study in Germany. *Zeitschrift fur gerontologie*. 27 (6), 442-455.

Korpela, K. & Hartig, T. (1996). Restorative qualities of favorite places. *Journal of Environmental Psychology, 16,* 221-233.

Lafarge, M. (1992). *Les personnes ages. Dépendance, soins et solidarités familiers. Comparaisons internationales.* Paris : La documentation Française.

Lamy, M. (1996). *As camadas ecológicas do homem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lawton & Brody (1998). Instrumental Activities of Daily Living Scale. The HABAM, a new instrument to assess balance and mobility in the hospitalized elderly. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Ano* 30 (17), 44 - 56. **Cambridge: University Press.**

Lawrence, R. (2003). Human Ecology and its applications. *Landscape and Urban Planning*. N.º 65, 31-40.

Lima, A. & Viegas, S. (1998). A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria da velhice. *Revista de Psicologia,* VI, (1) 149-158.

Lopes, P. (2008). *A vida, o amor e a amizade como valores do ser humano: contributo da Equação Vital Biodinâmica*. II Congresso Nacional de Educação para a Saúde (no prelo).

Malveiro, A. B. (1997). *Ser velho no Alentejo*. Tese de Mestrado em Sociologia. Universidade de Évora. Évora.

Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium*, 32, 126-140.

Mausner, J. & Kramer, S. S. (2004). *Introdução à Epidemiologia* (3.ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (p. 18)

Metzger, M. H. *et al*. (1997, Junho). Predictive factors for institutionalization in the context of gerontological planning in the Gironde Area (France). *Revi. Epidemiol Santé Publique*. 43 (3), 203-213.

Morreale, S. P. & Pearson, J. C. (2008). Why communication is important: the centrality of the discipline in the 21st century, *Communication education, 57*(2), 224-240.

Nazareth, J. M. (1996). Introdução à Demografia – Teoria e prática. Lisboa: Editorial Presença.

Nazareth, M. A evolução demográfica (projecção para os anos 2010-2020). Conferencia no âmbito das 2.ª jornadas de Bioética da R A da Madeira. Funchal, 17/06/2006.

Netto, M. e Borgonovi, N. (1996). *Biologia e teorias do desenvolvimento*. São Paulo. Editora Atheneu.

Netto, M. e Ointe, J. (1997). Envelhecimento: desafio na transição do século. São Paulo: Editora Atheneu.

Pereira, M. G. (1995). *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto. (p. 21)

Severson (1994). Les relations intergénérationnelles au moment de la vieillesse dês parents. Gérontologie e société. Paris: Fayard. 55, 32-45.

Soczka, L. (2000) Contextos territoriais e a perspectiva ecológica em Psicologia Social. (4.ªEd). In J. Vala & M. B. Monteiro, (Eds). Psicologia Social. Lisboa: Gulbenkian. 503- 541.

Spector, W. & Sternberg, J., Drugovich M., *et al* (1992). Use of Psychoactive Drugs in Nursing Homes: Prevalence and Residents Characteristics." *Journal of Geriatric Drug Therapy* (21) 4, 47-60.

Steiner, D. (1993). Human ecology as interdiscilinary science, and science as part of human ecology. in D. Steiner & M. Nauser (Eds.). *Human Ecology: fragments and anti-fragmentary views of the world*. Routledge. New York.

Steiner, D. (2002). *Human Ecology: following nature's lead*. Washington: Island Press.

Tuan, Y-F. (2001). *Space and Place: The Perspective of Experience.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

Vernooi, J. & Dassen, M. (1997, Julho). Predictors of change and continuity in home care for dementia patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (6), 671-77.

Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência.* Lisboa: Universidade Católica Editora.85-122

Weissert, W. G. *et al*. (1989, Outubro). Toward a model for improved targeting of aged at risk of institutionalization. *Health Services Research*. 24 (4), 485-510.

Willmott, P. (1976). Social research and new communities. *Journal of the American Institut of Planners, 33,* 381-398.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: O PAPEL DO MULTIMÉDIA – APRESENTAÇÃO DE UM CASO PRÁTICO (FILME EM 3D)

Teresa Pinto[1], António Piedade[2] & Pedro Pinto[3]

Resumo

A saúde, como um conceito positivo, implica um estado completo de bem-estar e não apenas a ausência de doença. A Educação para a Saúde deve, pois, dotar os seus públicos de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções adequadas, ou seja, que promova o seu *empowerment*. Essas decisões devem basear-se em informações claras e acessíveis, sem moralismos ou veios políticos. Apesar do aumento da procura de informação nestas áreas, a Europa tem andado afastada da Ciência, com sinais de falta de interesse e de motivação, sobretudo por parte dos mais novos. O Multimédia, pelas suas características intrínsecas, introduziu-se com intensidade no dia-a-dia e na aceitação dos indivíduos, sem escolher idades. Porque não utilizá-lo na promoção da Saúde e da Ciência? Neste contexto, apresentamos o *casestudy* "Potencial de Acção e Epilepsia", com o qual mostramos como é possível visualizar de forma atractiva conceitos fisiológicos que exigem uma grande capacidade de abstracção.

Palavras-chave

Educação para a saúde; multimédia; vídeos 3D.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - ALGUMAS IMPLICAÇÕES

"Educação para a Saúde é qualquer combinação de experiências de aprendizagem promotoras de acções voluntárias, que conduzam à Saúde"

(Green and Kreuter, 1991:17)

Em 1993, dizia a Organização Mundial de Saúde que a saúde é um conceito positivo, um recurso quotidiano que implica "um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade". Neste sentido, todo e qualquer programa de Educação para a Saúde deve procurar dotar as crianças, jovens ou adultos de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao tal bem-estar físico, social e mental. Quanto mais informados os indivíduos, mais facilmente poderão fazer escolhas certas, entender de forma mais clara as indicações dos profissionais de saúde, assumir com mais afinco o auto-compromisso de zelar por esse mesmo bem-estar.

Segundo Buchanan (2006), a maior parte da investigação na área da Educação para a Saúde é dirigida para o desenvolvimento de programas que possam com sucesso impedir as pessoas de adoptar comportamentos que de alguma forma possam ser prejudiciais à sua saúde, tais como fumar, a obesidade, a falta de exercício, comportamentos sexuais de risco, consumo de drogas, entre outros. Na opinião do autor, é precisa uma nova ética na educação para a saúde, que não seja nem política nem moralista. Uma filosofia de educação para a saúde que possa envolver o público e levá-lo a pensar e a examinar

1. Take The Wind, Núcleo de Investigação e Desenvolvimento. **teresa@takethewind.com**
2. Take The Wind, Núcleo de Investigação e Desenvolvimento. **antonio@takethewind.com**
3. Take The Wind, Núcleo de Investigação e Desenvolvimento. **pedropinto@takethewind.com**

efectivamente a forma como está a viver a sua vida e quais as opções e mudanças que poderá ou deverá fazer (Buchanan, 2006). Em lugar de um modelo Médico, que se baseia no que já foi testado e verificado pela investigação, e que procura apenas confirmações das conclusões obtidas, o autor propõe um modelo Educacional, em que o principal objectivo é levar as pessoas a adoptar, melhorar ou modificar comportamentos, ser capaz de fazer juízos críticos, obter um conhecimento mais aprofundado dos temas, libertar-se de ideias erradas, construir um maior respeito pela diversidade humana, tornar-se melhor pessoa.

Na mesma linha, Bergsma (2004) conclui que a investigação já provou que a falta de poder e de informação por parte das pessoas é um factor de risco significante, ou seja, experiências de poder e de controlo sobre a sua própria vida contribuem para a saúde e o bem estar da pessoa. Neste sentido, podemos dizer que uma educação voltada para aquilo a que a autora chama de *empowerment* é um modelo válido para a educação para a saúde e para a prevenção, podendo conduzir a mudanças pessoais e sociais.

Assim, podemos depreender que, uma melhor e mais continuada comunicação da investigação ao público geral, poderá contribuir para o aumento da qualidade dos resultados disponíveis. Para isso, os investigadores deverão ser encorajados a fazer e publicitar os relatórios acerca das suas principais descobertas, para que estes possam ser sintetizados e interpretados. A maior parte dos estudos publicados, não são acessíveis relativamente à informação que realmente interessa às pessoas – a intervenção. O público deve ser capaz de entender quais os verdadeiros ingredientes activos da intervenção (Rimer *et al*, 2006, 242). Desta possibilidade e liberdade de acesso à informação, resultará o tal *empowerment*. E, como refere Bergsma (2004), o resultado do *empowerment* psicológico é a mudança social.

Esta Educação para o *Empowerment* dos indivíduos na promoção da saúde, "inclui a prevenção, bem como outros objectivos ligados ao desenvolvimento, ao bem-estar, à acessibilidade, à qualidade de vida e à justiça social da comunidade" (Wallerstein & Bernstein, 1988, p. 380, in Bergsma, 2004, 154).

2. A EDUCAÇÃO CIENTÍFICA

> *"Há que introduzir medidas de promoção da participação de cidades e comunidades locais na renovação da educação científica (...), no intuito de acelerar a mudança através da partilha do saber-fazer".*
>
> *(Rocard et al, 2007,4)*

"Ciência, num sentido lato, é qualquer sistema de conhecimento que procure fornecer um modelo objectivo da realidade. Num sentido mais restrito, a ciência refere-se a um sistema de aquisição de conhecimento com base no método científico, bem como ao corpo de conhecimento obtido através da investigação" (Rocard, Csermely, Jorde, Lenzen, Walberg-Henriksson & Hemmo, 2007,5). No contexto deste trabalho, a palavra "ciência" alude sobretudo às ciências físicas, ciências da vida, aliadas às novas tecnologias.

Subscrevemos o registo patente no relatório de Rocard e seus colaboradores (2007) quando afirmam que a literacia científica, e a subjacente Educação Científica, são cruciais para a compreensão de fenómenos relacionados com o ambiente, a medicina, a economia, e outros temas fundamentais nas sociedades modernas, que dependem em grande medida dos avanços científicos e tecnológicos de grande complexidade. É imprescindível, neste sentido, e como já vimos atrás neste trabalho, equipar cada cidadão com competências necessárias para viver e trabalhar numa verdadeira Sociedade do Conhecimento, dando-lhes a oportunidade de desenvolver o seu próprio pensamento crítico e o raciocínio

científico, que lhe permita tomar decisões bem informadas.

A Educação Científica contribui também para a diluição de juízos falsos, opiniões erróneas e reforça a nossa cultura com base num pensamento mais racional e globalizante. A disponibilidade de pessoal altamente qualificado em ciência e tecnologia é um factor de estabilidade e de sucesso da Industria na União Europeia e em todo o Mundo, segundo o referido relatório. A Europa deve estar, sugerem os autores do estudo, numa posição de antecipação e não de seguimento de tendências, na medida em que quer caminhar para uma economia baseada no conhecimento.

Contudo, neste momento a Europa vive uma séria ameaça: a educação da ciência está longe de atrair multidões e a tendência é para que esta situação se agrave. "No fim da reunião que trouxe a Lisboa os ministros da Ciência dos 27 países da União Europeia (em Julho de 2007), concluía-se que 'falta meio milhão de investigadores na Europa', avançou o ministro português, que dirigiu a reunião no âmbito da presidência portuguesa".

O estudo encomendado pela Comissão Europeia em 2004, com o título *Europe needs more Scientists*, revelou um cenário pouco animador relativamente à forma como os jovens europeus encaram a Ciência nos nossos dias. São identificadas algumas razões que parecem estar na origem desta falta de interesse: "59.5% dizem que as aulas de ciências não são suficientemente interessantes, 55% afirmam que as disciplinas de ciências são muito difíceis, 49.6% estão pouco interessados em disciplinas científicas, 42.4% acreditam que as perspectivas de carreira não são suficientemente apelativas, 31% têm uma imagem negativa da ciência" (Gago, 2004, 193).

O relatório *Science Education NOW* - publicado em 2007 pela Comissão Europeia, alerta precisamente para os perigos e vicissitudes desta tendência, destacando o alarmante declínio do interesse dos jovens pelo estudo da Ciência e da Matemática. "Existe uma necessidade óbvia de preparar os jovens para um futuro que vai exigir bons conhecimentos científicos e uma boa compreensão da tecnologia", afirmam os autores do estudo (Rocard *et al*, 2007,6).

No entanto, nas Universidades, a maior parte dos alunos não procura a área das Ciências. As Ciências e as Matemáticas, que constituem o coração da sustentabilidade do desenvolvimento socio-económico dos países, estão a ver o número de alunos reduzir drasticamente de ano para ano, segundo o referido relatório. Esta situação verifica-se de forma mais proeminente nas raparigas do que nos rapazes.

Além disso, já em 2005 o estudo do *Eurobarometer* com o título "Europeus, Ciência e Tecnologia" declarava que só 15% dos europeus estão satisfeitos com a qualidade das aulas de ciência nas escolas". (*in* Rocard *et al*, 2007,9). No entanto, mais de 80% dos Europeus consideram que "o interesse dos mais novos pela ciência é essencial para a prosperidade do nosso futuro" (2007,11).

Esta falta de interesse é, pois, um assunto de verdadeira importância, uma vez que a Educação da Ciência é vital. É, pois, óbvia a necessidade de preparar os mais novos para um futuro que lhes irá requerer bons conhecimentos científicos bem como uma boa compreensão da tecnologia

Apesar dos inúmeros projectos e acções que têm sido implementados para reverter esta tendência, os sinais de melhoria são ainda modestos. Se não forem tomadas medidas mais efectivas, diz o relatório, a capacidade da Europa de inovar a longo termo e a qualidade da investigação irão diminuir

Além disso, entre a população em geral, a aquisição de competências que se estão a tornar essenciais em todas os domínios da vida, numa sociedade incrivelmente dependente da utilização do conhecimento, está também ameaçada.

É necessário examinar as iniciativas em curso, aferir boas práticas e *know-how* que possam trazer uma mudança radical no interesse dos mais novos pelas ciências e identificar acções e prioridades.

A educação científica tem sido historicamente baseada em duas grandes abordagens pedagógicas da educação científica. "A primeira, usada tradicionalmente nas escolas, é a 'abordagem dedutiva'. Nesta abordagem, o professor apresenta os conceitos, as suas implicações lógicas (dedutivas) e dá exemplos de aplicação. Este método também é conhecido como 'transmissão de cima para baixo'. Para ser utilizado, as crianças devem ser capazes de abarcar noções abstractas, o que torna difícil o ensino da ciência antes da educação secundária. Em contraste, a segunda abordagem há muito é referida como 'abordagem indutiva'. Esta última dá mais espaço à observação e experimentação e construção em que a criança constrói o seu conhecimento, orientada pelo professor. Também se descreve esta abordagem como 'de baixo para cima' (Rocard *et al*, 2007).

Nas origens deste declínio de interesse entre os jovens pelos estudos das ciências, parece encontrar-se a forma como a ciência é ainda hoje ensinada nas escolas e em qualquer outro sector. O estudo de Rocard e colaboradores (2007) recomenda precisamente um ensino da ciência mais activo, baseado em Inquéritos/questionários, visualização e experimentação. Este formato interessa mais os alunos e aumenta a sua participação. "O ensino deve concentrar-se mais em conceitos científicos do que apenas na retenção de informação" (p 8).

No relatório *Europe Needs More Scientists,* os autores fazem uma análise dos problemas relacionados com a aprendizagem e o ensino da Ciência, criticando o seu formato demasiado abstracto: "É abstracto porque tenta explorar ideias fundamentais, a maior parte das quais desenvolvida no séc. XIX, sem uma base experimental e observacional suficiente (…) sem mostrar uma compreensão suficiente em relação às suas implicações" (Gago, 2004, X). A aprendizagem da Ciência deve, antes, proporcionar oportunidades para o desenvolvimento da compreensão real e do interesse. "Não é surpresa, pois, que os alunos tenham uma percepção da educação da ciência como algo irrelevante e difícil" (Rocard, 2007,8).

É, pois, responsabilidade da escola, e de todos nós, colmatar estas deficiências, renovar o interesse dos alunos, promover o desenvolvimento de competências científicas, uma vez que "a escola é o único lugar onde os alunos estudam ciência e tecnologia de uma forma sistemática (…) e onde se dão os primeiros encontros com o pensamento científico" (Gago, 2004,139). Sabemos, no entanto, que em qualquer forma de aprendizagem, os conteúdos e impressões que mais retemos são os que envolvem mais elementos pessoais e emocionais, que estão relacionados com factos e acontecimentos com significado e utilidade para a pessoa.

O mesmo relatório destaca ainda a necessidade de adicionar uma componente fortemente prática, que promova experiências significativas aos alunos a nível de laboratório. Nesta componente, os novos média podem desempenhar um papel fundamental na medida em que constituem novas ferramentas, que proporcionam novas experiências e actividades, com recursos reais e virtuais. São produtos "claramente associados à ciência e à tecnologia (…) e proporcionam novos instrumentos" desde o *software*, às bases de dados, às ferramentas estatísticas, até aos processos de modelação e visualização a nível da realidade aumentada e da realidade virtual. (Gago, 2004,137).

As novas tecnologias permitem um considerável alargamento de experiências de aprendizagem em todos os domínios da educação. No que se refere à Ciência, diversos trabalhos desenvolvidos por investigadores confirmam que esse mesmo papel adquire especiais contornos de inovação e de facilitação de aprendizagem.

"A Educação cientifica, e em particular a física, está a ser transformada pelo uso da tecnologia. Um dos meios mais promissores de ensinar e aprender ciência é a *Internet*". (Trindade, Paiva & Fiolhais, 2001,1) A possibilidade de simulação e de visualização, em imagem real e em imagem virtual, permite uma compreensão de conceitos dificilmente obtida com os formatos e meios tradicionais.

3. O MULTIMÉDIA NA EDUCAÇÃO

Nos últimos anos, diversos autores têm apontado a utilização do multimédia como um recurso muito valioso na Educação para a Saúde. Vejamos algumas nuances dessa interacção.

O multimédia, só por si, exerce um reconhecido poder de fascinação e motivação por parte do seu utilizador, independentemente do contexto de utilização, que ocorre por diversos motivos. Para Pais (1999) "os factores de motivação que a tecnologia pode desempenhar são maximizados na interacção que proporciona e na magia da imagem que encanta e seduz novas descobertas" (p 1)

Buckingam (2003) lembra que a Educação multimédia, por definição, tem que envolver vários meios, desde o texto, aos recursos visuais, ao som, ao movimento, à imagem. Implica, pois, um processo de ensinar e aprender com os vários meios, que tem como objectivos: a compreensão crítica, a participação activa, a criatividade e a colocação do aluno num papel receptor mas também produtor de media. Ou seja, uma vez que a introdução do multimédia permite, como refere Pais (1999), a definição de um ambiente multifacetado e multidimensional, uma vez que integra som, movimento palavra, imagem, "a construção do conhecimento é activamente participada pelo aluno, onde a interacção computador/aluno ganha uma dimensão particularmente relevante"(p. 31). E, assim, como os indivíduos são diferentes entre si, possuem diferentes competências e habilidades, também igualmente distintos podem ser os percursos de aprendizagem vividos numa mesmo contexto.

Em contexto escolar, por exemplo, este enfoque na interacção é, aliás, salientado por vários autores, não apenas no que diz respeito à interacção do aluno com a tecnologia, mas também com o professor. Por um lado, o computador permite um feedback imediato que se transforma num autêntico diálogo com o aluno. Segundo Last (1992, in Pais, 1999 "este diálogo poderá ser ainda mais interessante com recurso a ferramentas multimédia, uma vez que deixa ao aluno a possibilidade de ser ele a escolher os caminhos de aprendizagem bem como o modo como o faz" (p. 32). Por outro lado, o professor ganha também um novo papel como facilitador e co-aprendiz, na medida em que juntos, alunos e professor, podem procurar soluções para problemas inesperados, "em vez de se limitarem a reagira um problema cuja solução está perfeitamente prevista" (p. 33).

"A melhor interacção é a que resulta de uma discussão, a dois ou em pequeno grupo, porque é aquela na qual a informação é elucidada, vista de vários ângulos. (…) Se é assim, então o processo de ensino-aprendizagem deverá ser organizado de maneira a favorecer o máximo de interacção significativa, combinada com o máximo de informação apropriada". (Freitas, Novais, Baptista & Ramos, 1997,14). E é precisamente neste ponto que, defendem os autores, "as tecnologias da informação aparecem como meios educacionais", lembrando que "a interactividade e o multimédia obrigam a uma nova pedagogia, em que a criança ou adolescente (o aluno) está no centro da aprendizagem" (1997,14).

Scoter e Boss (2002) lembram também que as tecnologias multimédia fomentam a publicação por parte dos alunos, isto é, a possibilidade de serem autores, criadores e de realizarem trabalhos para um público, seja ele restrito à sala de aula, ou seja mais

alargado. E ao fazê-lo para apresentar a alguém, os alunos acabam por ter mais cuidado na revisão e organização dos textos. "Escrever tem mais sentido para os alunos quando tem um determinado propósito e quando tem um público. A tecnologia torna o processo de publicação mais fácil e imediato", salientam. (p. 34-36)

Schrum (2000) entende que nos ambientes de aprendizagem enriquecidos pela tecnologia, os alunos não 'aprendem' tecnologia. A tecnologia apenas proporciona ferramentas que podem ser utilizadas para uma aprendizagem autêntica. É um meio, e não um fim.

Na Educação multimédia as salas de aula são enriquecidas com novas oportunidades, até aqui impensáveis, dispendiosas, difíceis de concretizar, com "a simulação de eventos, a recriação de espaços a acessibilidade a locais virtuais e a manipulação de objectos sem qualquer restrição" (Pais, 1999, 1)

Jonassen e colaboradores (2003) apresentam no seu livro uma lista de itens que retratam de que forma se pode, então, aprender com a tecnologia.

- Tecnologia como apoio à construção do conhecimento (apresentação de ideias, representações e crenças dos alunos, produção de materiais multimédia de acordo com as suas capacidades);
- Tecnologia como veículo para explorar o conhecimento (aceder a informação, comparar perspectivas);
- Tecnologia como contexto de apoio para aprender fazendo (simulações do mundo real, resolução de problemas);
- Tecnologia como um meio social promotor da colaboração com outros (promoção de discussões, trocas de ideias e recursos com pessoas de todo o mundo);
- Tecnologia como parceiro intelectual (ajudar os alunos a reflectir, representar o que aprenderam, negociar, procurar sentido).

Uma outra vantagem da tecnologia, e em particular do multimédia, salientada por outros autores, reside, na possibilidade quase infinita que oferece para explorar. "A tecnologia empresta-se à exploração", diz Schrum (2000). Nas salas de aula ricas em tecnologia, os alunos podem, por exemplo, explorar a web, analisar a meteorologia, registar dados e elaborar gráficos, podem gravar em vídeo experiências que fizeram, entre muitos outros exemplos.

Uma das alterações mais mencionadas , e que se assume como condição *sine qua non* para o sucesso da Educação multimédia é a reformulação dos programas e dos currículos escolares. Segundo Buckingham (2003) existe uma "urgente necessidade programas sistemáticos de ensino e aprendizagem acerca dos *media"* (p. 32). Não apenas *com* os *media,* mas à volta deles.

Prensky (2007) afirma mesmo que a "resposta à pergunta 'porque estamos a ter tantos problemas na implementação da tecnologia nas nossas escolas' pode ter menos a ver com a tecnologia, mas mais com a mudança de paradigma educacional permitido pela tecnologia" (p.1). Por inerência, também as capacidades e habilidades avaliadas têm que ser alteradas por forma a incluir a chamada Literacia Digital. Assim como utilizar livros implica saber ler, utilizar os novos *media* implica também ensinar as competências necessárias para os saber utilizar e interpretar. (Buckingham 2003).

No mesmo sentido, Rich (2004) citando Roberts (1999,2000), entende que, "tal como a literacia não se confina apenas à leitura mas também à linguagem escrita, também a literacia em média não se restringe somente ao consumo de media mas também à criação de media. Os jovens são ávidos e prodigiosos consumidores de media, expondo-se a si

próprios a um ou mais meios multimédia várias horas por dia" (p. 165).

O uso dos novos *media* por parte dos alunos implica desenvolver diversas habilidades (utilização tentativa/erro, exploração, experimentação, colaboração com os outros, lidar com o real e o virtual) bem como diversos processos cognitivos tais como: a memória, a colocação de hipóteses, predição de resultados, planificação estratégica, interpretação de imagens (por vezes em ambientes tridimensionais complexos), processamento de informação em vários formatos. Além disso, a própria participação em *chats* e fóruns, a comunicação por *email* ou sistemas de comunicação electrónica implicam também o desenvolvimento de capacidades ao nível da escrita, da argumentação, da comunicação. (Buckingham 2003, 175)

O autor vai ainda mas longe quando afirma que de nada vale a utilização do multimédia se se continuam a promover práticas proteccionistas e paternalistas, que não conferem aos alunos uma participação efectivamente activa, uma maior liberdade de expressão e experimentação, um poder de serem também autores dos conteúdos de aprendizagem.

No fundo, o que se deve ter em conta, acima de tudo, é que "as decisões sobre a utilização do computador, ou de qualquer outra tecnologia, devem ser tomadas de acordo com a estratégia de ensino e aprendizagem pensada pelo professor, o que implica uma articulação dos meios, equipamentos e materiais a utilizar, os modos de agrupamentos dos alunos, a organização do espaço, as formas de comunicação e interacção, as formas e meios de avaliação" (Freitas, Novais, Baptista & Ramos, 1997,51)

Brilha e Legoinha (1998) lembra ainda uma outra questão, importante, que pode não favorece o aumento do interesse dos alunos pela utilização das novas tecnologias na aprendizagem: o problema da língua. "A falta de recursos em português é preocupante, é geradora de desinteresse na utilização das TIC por parte daqueles com dificuldades na compreensão da língua que actualmente domina a *Web* – o inglês" (p. 9)

4. EDUCAR EM CIÊNCIA E SAÚDE COM O MULTIMÉDIA

Os computadores e o multimédia constituem uma valiosa ferramenta para a Educação para a Saúde. Mas para que se possa tirar o maior partido possível das novas tecnologia, a educação para a Saúde deve ser consistente com o seu foco disciplinar e deve incorporar teorias e práticas educativas. Somente quando se considera o *state of the art* a nivel dos conteúdos dos vários domínios em foco na construção desses recursos, é possível implementar intervenções com fortes possibilidades de se tornaram efectivas. (Soto Mas *et al*, 2003, 468)

Chagas designa as novas tecnologias como "veículos para o desenvolvimento de competências em Ciências", considerando que a sua evolução tem vindo a promover "novas concepções de ordem didáctica e novas práticas nas diferentes disciplinas curriculares". A autora chama a atenção para as diferentes propostas de utilização que as TIC possibilitam, desde a recolha de informação, às representações múltiplas, à visualização científica, às visitas virtuais, às simulações e modelações, à apresentação dos dados em diversos formatos. (Gago, 2004).

Na visão de Ko e Rossen (2004), existem várias razões que fundamentam a utilização do multimédia na Educação Científica. Em primeiro lugar, ajuda a "ilustrar o mecanismo de como as coisas funcionam", seja por imagens, gráficos ou animações reais ou virtuais. Além disso, permite "clarificar ou enfatizar conceitos abstractos", muitas vezes difíceis de entender para os alunos, tornando também o acesso a matérias menos familiares, mais vivo e animado. (p. 160)

O multimédia, segundo os autores, pode ainda contribuir para um maior envolvimento

dos alunos, uma vez que funcionam como um autêntico estímulo, exercendo inclusive algum fascínio sobre eles.

Pela forma como as crianças e os jovens se identificam, se revêm e adoptam os media no seu dia-a-dia, eles podem tornar-se poderosos advogados desta causa, como promotores de mudanças sociais, através da utilização dos novos media.

As novas tecnologias têm vindo a ser bastante utilizadas na Educação para a Saúde, tal como noutras áreas da Educação, e essa utilização vai cada vez mais muito além do simples acesso a informação. Hoje, os programas de educação para a saúde recorrem sobretudo ao computador, à *Internet* e ao multimédia.

Não podemos esquecer, que independentemente do meio a que se recorre, a Educação para a Saúde vai sempre depender das características próprias do aprendiz, da forma como a pessoa percebe a fonte de informação, do meio onde ocorre a aprendizagem. Uma aprendizagem multimédia é aquela que ocorre quando os aprendizes constroem e coordenam múltiplas representações a partir de um mesmo material. Além disso, a Educação multimédia é a que aceita e trabalha as diferenças individuais. (Soto Mas *et Al* 2003)

De acordo com Soto Mas e colaboradores (2003), para que se possa tirar o maior proveito de programas de Educação para a Saúde com base no multimédia, é necessário:

- proporcionar escolhas que apoiem diferentes competências, habilidades, estilos e preferências de aprendizagem;
- distinguir entre media, que veiculam a mensagem, e sistemas simbólicos, que implicam processos cognitivos;
- remover informação que seja redundante;
- simplificar funções instrutucionais.

O desafio para aqueles que desenvolvem programas de educação para a saúde será incorporar os mais recentes conteúdos da investigação em produtos e programas com design apelativo e apropriado. De um ponto de vista mais prático, e segundo Soto Mas e colaboradores (2003, 466). a chave será apresentar ambientes de aprendizagem que facilitem a interacção entre o aprendiz e o programa, num formato que se adeqúe e que apoie o aprendiz, possibilitando-lhe a utilização dos seus próprios recursos pessoais. A propósito da utilização do multimédia como recurso na Educação para a Saúde, os autores apontam as seguintes sugestões:

- Utilizar o sistema de símbolos que mais se adequa à informação a veicular;
- Para conteúdos mais pequenos, usar sobretudo o som; o texto é mais indicado para comunicar informação que precisa de ser retida durante mais tempo;
- As imagens são melhores para comunicar informação espacial, mas não tanto para transmitir conteúdos abstractos;
- O multimédia deve ser utilizado racionalmente;
- O multimédia deve ser uma ferramenta de apoio, e não meramente decorativa;
- Adicionar ilustrações relacionadas com a informação verbal a comunicar melhora a *performance* de aprendizagem, enquanto que se as ilustrações não estiverem directamente relacionadas com a informação o mesmo não se verifica;
- A informação pictorial deve estar sincronizada com a informação verbal, e devem ambas ser apresentadas em conjunto;

- Permitir que os aprendizes possam controlar e manipular os materiais;
- Evitar ecrãs onde só aparece texto;
- Periodicamente, os aprendizes devem ser desafiados a integrar informação;
- Utilizar o multimédia sobretudo com os aprendizes mais novos;
- O multimédia pode ser particularmente útil para os aprendizes com menos conhecimentos e competências prévias, relativamente à matéria em causa;
- Apresentar informação de um modo que motive os aprendizes;
- Recompensas externas tais como pontos extra ou passagem a níveis superiores, pode causar efeito sobre o que as pessoas aprendem, mas não indicam se as mesmas aprenderam efectivamente ou não. É mais aconselhável promover ao máximo a motivação interna do aprendiz, relacionando o conteúdo e os objectivos, com as necessidades e interesses do aprendiz;
- Utilizar um estilo personalizado, em vez de um estilo formal;
- Ter sempre em conta a idade do grupo alvo de qualquer programa;
- Ter em atenção de que os aprendizes mais novos podem distrair-se mais com a aparência dos meios utilizados, desfocando-se da mensagem;
- A simples repetição da informação não favorece uma aprendizagem activa;
- Desafiar os alunos a utilizar informação que acabaram de aprender, pode encorajar a aprendizagem activa.

Assim, um ambiente de aprendizagem multimédia deve incluir, segundo os autores:

- 1. múltiplas representações da realidade, evitando a simplificação exagerada e representando a natural complexidade do mundo;
- 2. contextualizar materiais, apresentando ao aprendiz tarefas autênticas;
- 3. Proporcionar exemplos práticos, do mundo real, baseados em casos, em vez de sequências instrutucionais pré determinadas;
- 4. Promover o pensamento construtivo e crítico, através de uma aprendizagem colaborativa.

4.1 Da utilização do Vídeo na Educação

"Os filmes educacionais nunca substituirão o professor...mas a sua utilização dará oportunidade a mais pessoas de aprenderem. Os filmes podem tornar num prazer quer o ensino quer a aprendizagem.

E os educadores concordam que quando um estudante começou a aprender e gosta, metade do seu problema está resolvido"

(Disney 1994,..in Chambel & Guimarães, 2000,2)

Dentro da panóplia de recursos possibilitados pelos novos *media* na Educação, destacamos os vídeos. A utilização de vídeos na aprendizagem não é uma realidade recente, seja de filmes de animação, seja de filmes ligados ao cinema, filmes científicos ou documentários sobre variados temas. No entanto, "um número significativo de avanços tecnológicos está a tornar mais fácil o acesso, armazenamento e transmissão do vídeo. Além disso, as novas tendências para a convergência e integração dos *media* estão

também a transformar o vídeo num meio dominante", nomeadamente o vídeo digital, como bem o explicam Chambel e Guimarães (2000,1).

Questões relacionadas com a produção e consumo de vídeo digital, os elevados custos inerentes e a sua escassa disponibilidade, tornavam o vídeo digital dispendioso e raro. Contudo, "um número significativo de avanços tecnológicos estão a tornar o vídeo mais fácil de aceder, armazenar e transmitir"(Gibbs 1992, in Chambel & Guimarães, 2000, 1). "Estes incluem avanços em redes e protocolos de banda larga, melhoramentos nos meios de armazenamento, equipamento de compressão e descompressão em tempo-real, maior disponibilidade de processadores de áudio e vídeo especializados, e equipamentos gráficos com taxas de geração de imagem mais elevadas". (p.1).

Nos últimos anos, os vídeos têm vindo a ser cada vez mais utilizados em contexto educativo. Como referem Cardoso, Espanha e Lapa (2007) "o computador surge também como um meio de visionamento de filmes relevante para perto de um terço dos jovens inquiridos a nível nacional" (p. 409)

Uma das vantagens do vídeo digital é o seu poder de fascinação, de estimulação, marcado pela sua versatilidade e variedade de meios e efeitos que pode originar no seu espectador. Além disso, permite misturar o real e o virtual, bem como levar o utilizador em inúmeras viagens reais ou virtuais. "Por seu turno, o vídeo digital pode ser editado e modificado, pode ser processado e, como qualquer outra forma de informação digital, pode ser armazenado e recuperado de sistemas de armazenamento convencionais" (Gibbs, 1992 in Chambel & Guimarães, 2000, 2).

O vídeo digital tem também a possibilidade de apresentar conceitos e processos complexos em formatos mais simples, permitindo a visualização de elementos nem sempre fáceis de imaginar ou entender com recurso apenas a texto ou imagem estática.

Permite também a repetição, ou seja, o mesmo vídeo pode ser visto inúmeras vezes, pode ser parado em determinados pontos para observação em maior pormenor, ser analisado em diversos ângulos, com diferentes objectivos.

Quanto à finalidade com que podem ser utilizados na sala de aula, alguns autores indicam diversas possibilidades: para motivação, ilustração de conceitos ou experiências, como veículo principal de informação, como uma ferramenta para experiências" (Chambel & Guimarães, 2000, 6); como estimulador de aprendizagem, animador de dinâmicas de grupo, para introduzir um tema, um assunto a explorar, como gerador da aprendizagem, veiculando conteúdos conceptuais concretos, como meio de expressão, com capacidade de provocar sensações (Bartolomé, 1999)

5. POTENCIAL DE ACÇÃO E EPILEPSIA – UM *CASESTUDY*

Foi neste contexto que acabámos de esboçar que surgiu a ideia de criar um *casestudy* que pudesse congregar numa única ferramenta um filme em 3D, com rigor científico, que ao mesmo tempo pudesse "contar uma história", enquanto possibilitava a tradução de conceitos complexos numa linguagem multimédia acessível e apelativa. De uma parceria entre uma empresa de produção de conteúdos biomédicos, a Take The Wind (http://www.takethewind.com/), e a Sociedade Portuguesa de Neurociências (http://www.spn.org.pt/), que contribuiu para o rigor científico de cada segundo do filme, nasce o filme "Potencial de Acção e Epilepsia", um filme de cerca de 8 minutos, produzido no início de 2008.

O filme segue os conteúdos do capítulo homónimo do livro de educação pública acerca do cérebro, publicado em formato *open source* pela Organização Internacional de Investigação sobre o Cérebro (International Brain Research Organization - http://www.braincampaign.org/). O filme foi desenvolvido e dirigido no intuito de ter um

carácter educativo e conteúdos científicos rigorosos, não tendo sido considerada qualquer finalidade comercial durante o seu desenvolvimento. De facto, o filme prossegue a ideia de comunicar ciência às pessoas, como forma de criar "sinergias e parcerias com a sociedade, para que as pessoas possam rever nos cientistas e na Ciência algo que é interessante para a sua vida quotidiana", como refere o Professor João Malva, presidente da Sociedade Portuguesa de Neurociências, no seu testemunho em www.takethewind.com.

A utilização de filmes de animação em 3D permite a transmissão numa forma muito simples, de conceitos abstractos que por vezes são difíceis de entender em livros de texto, uma vez que requerem um grau significativo de abstracção que pode estar ausente em determinados níveis do percurso escolar. Neste sentido, o público principal, mas não exclusivo, deste filme são os alunos do ensino universitário na área das ciências da saúde, em diferentes níveis. É também muito apropriado na formação contínua de profissionais de saúde em acções de pós graduação avançada.

Na verdade, o filme apresenta diferentes níveis de informação que podem ser analisados seguindo unicamente a locução do próprio filme ou através da exploração da crescente complexidade desvendada em diferentes abordagens. Isto é conseguido devido à riqueza biomolecular de cada cena: o professor e/ou o aluno pode parar a imagem para explicar/entender com maior profundidade, determinados dados científicos aparentemente escondidos quando se vê o filme numa primeira vez.

O conteúdo científico do filme está em conformidade com as mais recentes informações conhecidas no campo nas Neurociências e a informação transmitida está isenta de qualquer conhecimento controverso e menos claro.

Todas as estruturas moleculares foram construídas e modeladas com o rigor científico presente nas estruturas 3D conhecidas e validadas, publicadas ou guardadas em bancos moleculares internacionais tais como o Protein Data Bank (http://www.rcsb.org/pdb/home/). Nalgumas cenas, e por forma a melhor alcançar os objectivos pedagógicos propostos, a escala entre os diferentes objectos é por vezes desproporcionada e não real, assim como o número de iões que se mostram podem nem sempre corresponder às respectivas concentrações fisiológicas, por motivos de índole inteiramente pedagógica.

Em suma, o filme identifica as unidades elementares do Sistema Nervoso Central e explica a base da rede de comunicação neuronal. É apresentada a noção do número astronómico de células neuronais presente no cérebro, semelhante ao número de estrelas no Universo conhecido. Além disso, a diversidade de neurónios gera uma complexidade de redes de comunicação que é exponencialmente ampliada pela possibilidade de cada neurónio em estabelecer ligações químicas e electricas com cerca de outros 10 000 neurónios. É ainda dada particular atenção a uma explicação detalhada acerca da origem e natureza do impulso nervoso: como se propaga? A que velocidade? Como é regulado? É também apresentado o caso de uma crise epiléptica de forma a descrever como uma disfunção neuronal pode originar um estado de doença cerebral. Esta informação é seguida de uma descrição de como alguns dos principais medicamentos anti-epilépticos foram desenvolvidos a partir de toxinas naturais que apresentam actividade neuronal. São ainda explicados alguns detalhes de mecanismos de acção moleculares e fisiológicos.

De salientar que o filme tem recolhido as melhores impressões junto de alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, bem como entre os membros da Sociedade Portuguesa de Neurociências.

A primeira apresentação pública do filme ocorreu em Março de 2008, aquando da cerimónia de abertura da 12.ª edição da Semana Internacional do Cérebro, organizada pela Dana Alliance for Brain Initiatives, no Pavilhão do Conhecimento – Ciência Viva,

em Lisboa.

Como recurso gratuito, o filme está disponível em vários sítios da *Internet*. Além dos sítios dos co-produtores, Take The Wind e Sociedade Portuguesa de Neurociências, está também no Portal Europeu de Comunicação Científica AthenaWeb (European Science Communication Tools for Science Research, www.athenaweb.com), na Videoteca do FILMED – Festival Internacional do Filme Médico *(*www.filmed.org/), no Youtube (100 *views* em menos de um mês), DNAtube Scientific Video Site (412 *views*, em menos de um mês), entre outros sítios ligados à temática da Epilepsia.

Além disso, o filme acaba ainda de ser admitido pelo Comité de Selecção do VIDEOMED – Certame Internacional de Cinema Médico, Saúde e Telemedicina (www.videomed.es), a decorrer entre os dias 17 e 21 de Novembro de 2008, em Badajoz, Espanha.

6. CONCLUSÃO

Não obstante a ainda curta existência do filme, ficamos com a noção de que vale a pena apostar em recursos como este, quer pela forma como aliam ciência e arte, quer pela forma como cativam o público, quer pelo modo como contribuem para a aquisição de conhecimentos, por mais complexos que inicialmente pareçam.

Estamos certos de que a utilização deste tipo de produtos junto de crianças, jovens, adultos e idosos, em programas de Educação para a Saúde pode contribuir para o desencadear de acções/mudanças efectivas, com consequências positivas para a vida dos indivíduos.

Os novos média vieram para ficar. A cada dia se renovam, apresentam novas actualizações e melhorias, oferecendo um vastíssimo leque de possibilidades aos seus utilizadores, desde a simples observação, à interacção real e virtual e à própria (re) criação.

Nunca como hoje, crianças, adolescentes e adultos estiveram envolvidos num mesmo ambiente tecnológico, com empenhos e desempenhos semelhantes, de uma forma transversal às várias esferas sociais. Também nunca como hoje as pessoas se preocuparam tanto com a saúde, com a alimentação, com o bem-estar. Então, porque não então adequar os programas educacionais a estas ferramentas, porque não ir mais além do texto e da imagem, porque não facultar conteúdos que, sendo rigorosos e científicos, são também apelativos, combinando elementos de arte, de beleza, de entretenimento, e que conseguem captar e manter a atenção dos seus públicos?

Para concluir esta nossa apresentação, apresentamos um testemunho que nos chegou voluntariamente de um aluno de uma Faculdade de Medicina de uma Universidade em França, que encontrou o Filme ao acaso na *Internet*:

> *"I just want to show my respect and appreciation for this video It is very explicite and all details have been taken in account with such a great ingeniosity and hight level of technology. I'm a biomedical student and this is the best lecture I ever had in my career as a student. Looking foward for more videos".*
>
> *Tchassie Pinochet*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bartolomé, A. (1999), *Nuevas Tecnologias en el aula*, Guia de supervivencia, Barcelona: Institut de Ciencias de L'Educació de la Universitat de Barcelona y Editorial Graó de IRIF, S.L.

Bergsma, L. J. (2004), Empowerment Education – The Link Between Media Literacy and Health

American Behavioral Scientist, vol. 48 no. 2, october 2004 152-164, acedido em Outubro de 2008 a partir de Sage Journals on-line http://abs.sagepub.com/cgi/reprint/48/2/152

Brilha, B.R., Legoinha, P.A.R:R, (1998) Internet: uma nova estratégia para o Ensino das Ciências da Terra. Comunicações do Instituto Geológico e Mineiro, tomo 84, fasc 2, H8-H11, consultado em Fevereiro de 2008, a partir de https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/1377/1/jb_vcng_net.pdf

Buchanan, D. R. (2006), A New Ethic for Health Promotion: Reflections on a Philosophy of Health Education for the 21st Century, *Health Education & Behavior, Vol. 33 (3): 290-304 (June 2006)*, acedido em Outubro de 2008, from Sage Journals on-line http://heb.sagepub.com/cgi/reprint/33/3/290

Buckingham, D. (2003) *Media Education – literacy, learning and contemporary culture*, Cambridge: Polity Press.

Cardoso, G., Espanha, E., Lapa, T. (2007), E-generation: os usos de Media pelas crianças e jovens em Portugal – Relatório Final, Lisboa: CIES/ISCTE – Centro de Investigação e Estudos em Sociologia, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, consultado em Fevereiro de 2008, a partir de http://cies.iscte.pt/destaques/documents/E-Generation.pdf.

Chagas, I., (2004) *As TIC como veículos para o desenvolvimento de competências em Ciências-Centro de Investigação em Educação*, Departamento de Educação da Faculdade de Ciência da Universidade de Lisboa, consultado em Junho de 2008, a partir de http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/ticc/As%20TIC%20como%20veiculos1.pdf

Chambel, T, Guimarães, N. (2000) *Aprender com Vídeo em Hipermédia, Departamento de Informática*, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, consultado em Setembro de 2008, a partir de http://homepages.di.fc.ul.pt/~paa/projects/conferences/coopmedia2000/chambel.pdf

Freitas, C. V, Novais, M. Baptista, V. Ramos, J.L. (1997), *Tecnologias de Informação e Comunicação na Aprendizagem*, Lisboa, Instituto de Inovação Educacional

Gago, M., Ziman, J, Caro P., Constantinou C. Davies, G. Parchmannn I, Rannikmäe, M. Sjøberg, S. (2004), Europe Needs More Scientists, Science and Technology in Europe 2004, Comissão Europeia, consultado em Março de 2008, a partir de http://ec.europa.eu/research/conferences/2004/sciprof/pdf/final_en.pdf

Jonassen, D. H. (2003), Handbook of research for educational communication and technology: a project of the Association for Educational Communications and Technology, 2.ª ed., New York Simon & Schuster Macmillan

Ko, S, Rossen, S. (2004), Teaching on-line – a practical guide, College Teachinf Series, Second Edition, Boston, EUA: Houghton Mifflin Company.

Pais, F. (1999), Multimédia e Ensino – Um novo paradigma, Colecção "Da Escola para a Escola". Lisboa: Instituto de Inovação Educacional

Prensky, M. (2007), Changing Paradigms - from "being taught" to "learning on your own with guidance", Educational Technology, July-Aug, 2007, consultado em Junho de 2008, a partir de http://marcprensky.com/writing/Prensky-ChangingParadigms-01-EDTech.pdf

Rich, M. Health Literacy via Media Literacy - Video Intervention/Prevention Assessment, Center on Media and Child Health, Children's Hospital Boston, Harvard Medical School, American Behavioral Scientist, Vol. 48 No. 2, October 2004 165-188, acedido em Outubro de 2008 a partir de Sage Journals on-line, http://abs.sagepub.com/cgi/reprint/48/2/165

Rimer, B.K., Glanz, K. Rasband, G. (2001), Searching for Evidence About Health Education and

Health Behavior Interventions, Health Education & Behavior, Vol. 28 (2): 231-248 (April 2001), acedido em Outubro de 2008 a partir de Sage Journals on-line, http://heb.sagepub.com/cgi/reprint/28/2/231

Rocard, M. Csermely, P., Jorde, D., Lenzen, D. Walberg-Henriksson, H., Hemmo, V. (2007), Science Education NOW - A Renewed Pedagogy for the Future of Europe, European Commission, consultado em Abril de 2008, a partir de http://ec.europa.eu/research/science-society/document_library/pdf_06/report-rocard-on-science-education_en.pdf

Schrum, L. (2000) Technology as a Tool to Support Instruction, consultado em Fevereiro de 2008, a partir de http://www.educationworld.com/a_tech/tech/tech004.shtml

Scoter, J. V, Boss, S. (2002). Learners, Language and Technology –Making Connections that support Literacy. consultado em Fevereiro de 2007, a partir de NWREL http://www.netc.org/earlyconnections/pub/index.html

Soto Mas, F.G., Plass, J., Kane, W.M., Papenfuss, R. L., Health Education and multimédia Learning: Educational Psychology and Health, Behavior Theory (Part 1), Health Promotion Practice July 2003 Vol. 4, No. 3, 288-292, acedido em Outubro de 2008 a partir de Sage Journals on-line, http://hpp.sagepub.com/cgi/reprint/4/3/288

Soto Mas, F.G., Plass, J., Kane, W.M., Papenfuss, R. L., Health Education and multimédia Learning: Educational Psychology and Health, Behavior Theory (Part 2), Health Promotion Practice Vol. 4, No. 4, 464-469, acedido em Outubro de 2008 a partir de Sage Journals on-line, http://hpp.sagepub.com/cgi/reprint/4/4/464

Trindade J, Paiva, J. C., Fiolhais, C. (2001) Visualizing molecules: on-line simulations and virtual reality, Center for Computational Physics, Physics Department, University of Coimbra, Europhysics News (2001) Vol. 31 No. 7, consultado em Junho de 2008, a partir de http://www.europhysicsnews.com/full/07/article3/article3.html

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

SAÚDE MENTAL

A ANOREXIA EM JOVENS ADOLESCENTES. UM CONTRIBUTO PARA O SEU SUCESSO ESCOLAR

Maria João Silva[1] & Alice Fontes[2]

Resumo

A Anorexia Nervosa é apenas um dos diversos aspectos, com os quais a Escola tem de lidar no seu dia a dia, abrindo as suas portas a novas formas de actuação que representem a melhoria das condições de ensino-aprendizagem, respeitando a lógica singular e complexa que sustenta as condutas e as atitudes de cada indivíduo.

Conscientes das dificuldades vividas nas Escolas, realizámos um estudo que pretendia conhecer a perspectiva de jovens que tenham experienciado um quadro de Anorexia Nervosa, em relação aos aspectos físicos e emocionais desta patologia e ao papel da Escola na sua origem, detecção, evolução e resolução. Procurámos também avaliar os conhecimentos dos docentes, em relação à Anorexia Nervosa e ao desempenho do seu papel, face a alunos anorécticos.

Palavras-chave

Anorexia nervosa; contexto escolar.

1 - INTRODUÇÃO

A ideia de que a Anorexia Nervosa é uma doença dos nossos tempos, associada às pressões culturais, relacionadas com o culto da magreza, fica posta em causa quando se analisam textos e depoimentos passados, que nos permitem concluir que esta patologia existe há vários séculos (Carmo, 2001).

Hilde Bruch, em 1970, desenvolve a ideia de que a Anorexia Nervosa está relacionada com a evolução da personalidade, num contexto familiar e individual, no qual a alimentação se tornou o foco de conflitos psicológicos. Nesse mesmo ano, Gerald Russell definiu de forma clara três características fundamentais para diagnosticar o quadro de Anorexia Nervosa (i - comportamentos persistentes com o objectivo de perder peso; ii – alterações psicológicas provocadas pelo medo de engordar; iii - alterações endócrinas decorrentes, manifestadas por amenorreias nas mulheres e impotência e diminuição da libido nos homens) que posteriormente serviram de base à formulação de critérios de diagnóstico internacionais, usados na actualidade (Bouça, 2000).

Embora se definam os critérios de diagnóstico, a origem da Anorexia Nervosa permanece como um aspecto difícil de abordar, dado que não se pode identificar uma causa única para esta doença, mas sim um conjunto de circunstâncias individuais que conduzem a esta patologia. Surge uma perspectiva multifactorial (Hepwortw, 1999), havendo referências a vários factores de risco, tais como, os aspectos biológicos, sócio-culturais, individuais, familiares, acontecimentos stressantes e influências do grupo de pares, isto é, um conjunto de aspectos do contexto familiar, social e naturalmente escolar do indivíduo, que o afectam num determinado sentido (Gerlinghoff and Backmund, 1997).

1. Equipa de Apoio às Escolas Alto Tâmega. **maryasylva@gmail.com**
2. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. **afontes@utad.pt**

2- A ANOREXIA NERVOSA E A ESCOLA

2.1- A Escola enquanto factor de risco

Têm surgido algumas investigações que relacionam a Anorexia Nervosa com o contexto formal e informal da Escola, motivadas pelo crescente aparecimento de inúmeras mensagens relacionadas com o corpo e saúde (Raich, 2001).

Um estudo, realizado no Reino Unido, procurou estabelecer uma relação entre as práticas educacionais e a etiologia da Anorexia Nervosa, considerando que esta é uma patologia muito complexa que envolve diferentes áreas de estudo, na qual estão presentes muitas pressões sociais externas à Escola. Têm também em conta que a problemática pode ser intensificada pelas condições de trabalho da Escola contemporânea, especificamente a valorização do nível de desempenho e o perfeccionismo que caracteriza os códigos sociais e académicos da actualidade, muitas vezes transmitidos pelos actos dos professores, grupo de pares e amigos. Os autores do estudo consideraram a cultura como um importante factor etiológico da Anorexia Nervosa, sendo necessário entender a forma como esta é transmitida, adquirida e compreendida pelas famílias e pelas Escolas, pois muitas culturas centram-se nas aspirações académicas e na perfeição do corpo.

No referido estudo verificou-se que o vazio, que muitas vezes existe, entre a Escola e os alunos poderá contribuir para a insegurança, contrabalançando com o perfeccionismo e o nível de desempenho que lhes é transmitido. Existe ainda referência ao facto de os alunos, muitas vezes, não serem encarados como indivíduos únicos, mas sim estereotipados ou categorizados de acordo com as suas habilitações.

Foi, assim, possível concluir que as condições da Escola, por si só, não conduzem à doença, mas as jovens que participaram referiram que encontraram na dieta um recurso para cumprirem com os ideais sociais presentes no seu ambiente, transmitidos pelos professores e pelos grupos de pares. Usaram o seu corpo para manifestarem o seu valor, pois a magreza, em determinadas culturas, é significado de características psicológicas positivas, de grande capacidade de controlo, e significam também a admiração e o reconhecimento dos seus amigos, permitindo-lhes serem diferentes dos outros elementos da Escola, criando uma identidade. Sugere-se então um forte significado para o papel da Escola na etiologia da Anorexia Nervosa, manifestando-se num conjunto de condições complexas e difíceis de controlar. Sem querer culpar as Escolas e professores pela perturbação do comportamento alimentar, é claro, neste estudo, a complexidade de interacções, contrariando qualquer abordagem simplista (Evans, Rich & Holroyd, 2004).

Um outro estudo, realizado por Rich (2003), também no Reino Unido, permitiu concluir, através da análise da narrativa de jovens anorécticas, com idades entre os 11 e os 18 anos, que os professores e amigos na Escola se preocupavam apenas com os aspectos físicos e visuais da Anorexia Nervosa, dando ênfase à avaliação superficial do seu estado de magreza. Neste estudo professores e colegas consideraram os comportamentos anorécticos como uma atitude irracional, resultante de um comportamento de autocentração, que poderia ser resolvido, simplesmente, com a ingestão de alimentos, tornando-se alarmante o facto de os professores terem poucos conhecimentos ou treino para lidar com os comportamentos anorécticos, chegando inclusivamente a evocar estereótipos da Anorexia Nervosa, considerando a patologia como sendo "anormal"ou "irracional".

No Reino Unido, os professores evocaram a necessidade de introduzir no curriculum alguns conhecimentos sobre saúde, motivados pelo aparecimento de alterações do comportamento alimentar (Evans, 2003), assumindo que as Escolas podem ser encaradas como um local fundamental de intervenção para promover hábitos de vida saudáveis, recordando que esta é contudo referida, em muitas histórias de jovens, como o local onde o corpo passou a ser o foco das atenções sobre si, como alvo de chacota, discriminação,

ridicularização, exclusão no grupo de pares, insultos e mesmo violência física (Harjunen and Rich, 2004).

2.2 – O papel do educador

Por vezes a inocência dos amigos, professores e familiares, leva-os a considerar que uma conversa fundamentada irá possibilitar a alteração dos comportamentos do indivíduo anoréctico, o que naturalmente não se verifica, pois a vontade do jovem em atingir os seus objectivos sobrepõe-se à mensagem que recebem (Carmo, 1999).

Assim, será fundamental o auxílio de técnicos especializados, para se obterem evoluções positivas nos quadros de anorexia nervosa, e neste sentido Levine e Smolak (2002) salientam um conjunto de directrizes que podem ser utilizadas por estudantes, professores ou serviços específicos da instituição, para sinalizarem alunos que possam sofrer de alterações do comportamento alimentar. Referem que, mesmo que se tenha a certeza de que um aluno sofre de Anorexia Nervosa, não devemos tomar qualquer medida sem antes abordar o aluno, escolhendo uma altura em que tenhamos tempo disponível e um local que consideremos privado, para evitar interrupções; de uma forma directa e não punitiva, devemos referir ao aluno todas as situações específicas que despertaram a nossa preocupação, abrindo espaço para o diálogo, e caso o aluno partilhe o seu problema devemos ouvi-lo com atenção, sem julgar o seu comportamento; ao longo da conversa, devemos manifestar interesse e preocupação de forma a realizarmos um diálogo franco e compassivo, no sentido de motivar o aluno a procurar recursos terapêuticos próprios, pois a nossa responsabilidade não passa pela realização de diagnósticos, nem pela terapia.

Caso o aluno não concorde com as nossas preocupações, devemos manifestar a convicção sobre a necessidade da realização de uma avaliação por técnicos competentes, mas devemos evitar uma discussão ou batalha de vontades e terminar a conversa se esta não estiver a resultar, ou se qualquer uma das partes se mostrar transtornada. Mesmo procurando ajudar o aluno não nos devemos tornar, intencionalmente ou não, no terapeuta, salvador ou mesmo vítima, pois desenvolver planos terapêuticos, controlar meticulosamente os seus hábitos alimentares, realizar ajustes à vida da pessoa tendo em conta a patologia não são úteis. Desta forma, será importante avaliar os recursos que a comunidade dispõe, pois as alterações do comportamento alimentar são muito difíceis de recuperar sem a ajuda de técnicos. Ao longo de todo o processo de detecção, encaminhamento e recuperação o foco deverá estar na pessoa e no facto de esta se sentir saudável, funcionando eficazmente, e não no peso, na forma ou na moralidade.

A Escola pode desempenhar um importante papel realizando um encaminhamento dos casos sinalizados, através do contacto com os Projectos de Educação e Promoção da Saúde, pode solicitar um elemento da área da saúde para realizar esclarecimentos a professores e colegas, mantendo sempre um contacto com a família, de forma a poder traçar um plano adequado a cada aluno (Byrne, 2001).

3 – METODOLOGIA

3.1– Amostra de estudo

No processo de elaboração do presente estudo constituíram a amostra deliberada por conveniência os seguintes sujeitos:

Quatro jovens anorécticas de um distrito do interior norte do país, designadas pelas letras A, B, C e D;

Doze docentes do 3.º Ciclo e do ensino secundário da área de Biologia e Geologia a frequentarem o curso de mestrado em Biologia e Geologia para o Ensino numa universidade no interior norte do país;

Quinze docentes do 3.º Ciclo e do ensino secundário a desempenharem o cargo de Directores de Turma na altura em que foram entrevistados;

A idade dos directores de turma era muito variável, variando num intervalo de 26 anos a 55 anos, cuja média era de 39.3 anos, o tempo de serviço também era muito variável: desde 3 a 29 anos de serviço; a idade dos mestrandos situava-se entre os 24 anos e 43 anos, com uma média de idades de 31.2 anos, e com um tempo de serviço compreendido entre 0 e 20 anos, cuja média é de 7.6 anos.

No caso específico desta investigação a dimensão da mostra não é suficiente para garantir a sua significância e a sua representatividade. Segundo Almeida e Freire (1997), estes dois factores são essenciais numa investigação, no entanto, optámos por uma amostra deliberada conscientes das limitações e dos riscos inerentes a esta escolha, mas também conscientes de que, para um estudo desta natureza, a amostra deliberada seria a mais razoável, uma vez que se trata de jovens que se disponibilizaram a colaborar voluntariamente neste estudo. Também relativamente aos docentes inquiridos – professores a frequentar o mestrado e directores de turma, a amostra é deliberada por serem grupos de professores que se disponibilizaram a participar no estudo.

3.2 – Instrumentos de recolha de dados

Os instrumentos utilizados na recolha de dados (entrevista semi-estruturada e questionário) foram construídos especificamente para este estudo tendo em conta os seus objectivos, o enquadramento teórico e a amostra a que se destinavam.

Utilizámos a entrevista dirigida a jovens anorécticas, tendo como base um guião de entrevista. Na elaboração do referido guião optámos por definir algumas áreas a abordar, tendo sido preparadas questões, que não apresentavam um carácter obrigatório, respeitando a liberdade do entrevistado, podendo o entrevistador reformular a questão caso fosse necessário. A elaboração de questões abertas tornou-se naturalmente uma grande necessidade, pois estas estimulam o pensamento livre, permitindo que o sujeito entrevistado manifeste as suas ideias e sentimentos com a profundidade que desejar, utilizando também o tempo que considerar necessário (Fortin, Prud'homme-Brisson & Contre-Wakulczyk, 1999).

Para recolher informações junto dos restantes elementos da nossa amostra optámos por utilizar um questionário, considerado um instrumento rigorosamente estandardizado no que se refere ao texto, ao tipo de questões e à ordem das mesmas, garantindo a comparabilidade das respostas de todo os indivíduos (Ghiglione and Matalon, 1997).

O questionário utilizado para recolha de dados junto dos directores de turma e dos mestrandos era constituído por 46 afirmações organizadas nas categorias: *características gerais, factores de risco, comportamentos típicos de indivíduos anorécticos relativamente à alimentação e aspectos relacionados com o meio Escolar*. Os respondentes podiam optar pela categoria de resposta *concordo, discordo e não sei/não tenho opinião.*

4 – RESULTADOS

4.1 – Apresentação e Análise dos dados recolhidos com a realização das entrevistas a jovens com quadros de Anorexia Nervosa.

4.1.1 - Informações sobre o papel da Escola no quadro anoréctico

Relativamente à Escola, das alunas entrevistadas, três manifestaram terem apreço pelas actividades escolares e pelo relacionamento com os colegas, aspectos que se poderão ter deteriorado com a vivência do quadro anoréctico. Uma das jovens (D) representou a excepção, pois salientou uma desmotivação pelo contexto escolar.

As jovens A, C e D referiram que a Escola poderá ter desempenhado um papel fundamental na origem da patologia, sendo que as duas primeiras fizeram referência ao grupo de pares e a última referiu a mudança, frequente, de estabelecimento de ensino como um elemento que poderá ter contribuído para a sua insegurança e consequente desconforto emocional. A jovem B considerou que a Escola não desempenhou um papel importante na origem da patologia, embora em questões anteriores tenha referido o décimo ano como um período onde experimentou alguma frustração, relacionada com a impossibilidade de concretizar os seus objectivos académicos.

Em relação ao papel específico desempenhado pelos professores, três jovens referiram que estes não tiveram implicações a nível do aparecimento, sendo que a jovem D salientou um professor do sétimo ano, como uma figura que a influenciou de forma negativa, uma vez que desvalorizou o seu trabalho, contribuindo este facto para uma diminuição da sua auto-estima.

No que concerne ao desenvolvimento da patologia, existe consenso em considerar que os professores não tiveram qualquer implicação neste domínio, no entanto, na detecção e na recuperação já é mais evidente a presença dos docentes.

No que se refere ao papel específico do director de turma, este é entendido pelas jovens, como alguém com responsabilidades acrescidas, na manutenção da ordem, na comunicação com os encarregados de educação e no saber ouvir e comunicar com os alunos, estando atento aos seus problemas. Esta ideação, do que é um bom director de turma, teve correspondência na experiência real destas jovens, à excepção das jovens B e D que salientaram experiências menos positivas.

Quando lhes foi solicitado que dessem um conselho às Escolas a jovem A considerou que a Escola deveria ter uma atitude mais vigilante em relação aos alunos com Anorexia Nervosa, aconselhando o acompanhamento médico. Para esta jovem é importante divulgar a ideia que o recurso a técnicos de saúde é a solução mais adequada.

A jovem B considerou que as Escolas deveriam ter serviços de psicologia permanentes, que pudessem auxiliar os alunos que necessitassem. Salientou ainda que os professores deveriam assumir uma atitude mais próxima dos alunos, em especial com aqueles que estão doentes, motivando-os e informando-os das hipóteses que têm para superar as suas dificuldades.

A jovem C não fez referências significativas às modificações que a Escola deveria sofrer para auxiliar os alunos que vivem quadros de Anorexia Nervosa, no entanto, a jovem D aconselha as Escolas a evitarem os concursos relacionados com o aspecto físico dos jovens, considerando que concursos em grupo, voltados para os conhecimentos seriam mais positivos. Referiu ainda que a existência de serviços de psicologia na Escola poderia ser uma boa medida para ajudar os alunos com problemas.

4.2 – Apresentação e análise dos dados recolhidos com a aplicação do questionário a docentes de Biologia e Geologia a frequentarem o mestrado nesta área de ensino

Tabela I. Respostas consideradas correctas em relação ao papel do professor face ao aluno com Anorexia Nervosa, fornecidas pelos docentes de Biologia e Geologia a frequentarem o mestrado na área.

N=12

	Afirmação	Resposta correcta		Não sei/ Não tenho opinião	
		F	%	F	%
38	Questionar o aluno, que considera apresentar indícios de comportamentos desviantes, perante a turma.	11	91.6	0	0
39	Desvalorizar a Anorexia Nervosa considerando-a uma doença da moda.	12	100	0	0
40	Manifestar junto do aluno em causa, a opinião de que o que ele está a fazer não tem sentido e que desse modo se está a autodestruir.	0	0	0	0
41	Assumir o compromisso de guardar segredo.	4	33.3	2	16,6
42	Se confrontar o aluno com as suas suspeitas e este recusar, deve reforçar a sua ideia apresentando-lhe as evidências que possui.	11	91.6	1	8.3
43	Dar conselhos sobre a sua figura e aparência.	3	25.0	2	16,6
44	Aconselhar o recurso a um terapeuta, no sentido de ajudar a resolver o problema.	12	100	0	0
45	Assumir uma conduta punitiva, face aos comportamentos típicos de indivíduos com Anorexia Nervosa.	11	91.5	1	8.3
46	Não fazer diagnósticos.	7	58.3	0	0

No que se refere às respostas obtidas em relação ao papel do professor, face ao aluno com Anorexia Nervosa, obtivemos resultados interessantes, pois surgem respostas correctas numa percentagem que varia de 0% até 100%.

Assim, evidenciamos os resultados obtidos na questão quarenta, na qual todos os docentes assinalaram a opção considerada incorrecta, não havendo portanto respostas que se enquadrassem nos parâmetros representados na tabela.

Salientamos as questões quarenta e um e quarenta e três, que se referem a comportamentos dos docentes face ao aluno com um quadro anoréctico, nas quais as percentagens de respostas correctas é significativamente baixa. Nestas questões podemos ainda verificar que a percentagem de docentes que consideraram não saber ou não ter opinião também não é elevada.

Assim, tendo em conta as questões referidas e incluindo a questão quarenta e seis, podemos verificar que em todas as outras questões obtivemos resultados muito favoráveis, pois a percentagem de respostas correctas aproxima-se muito, ou é mesmo 100%.

4.3 – Apresentação e análise dos dados recolhidos com a aplicação do questionário a docentes a desempenharem o cargo de directores de turma

Tabela II. Respostas consideradas correctas em relação ao papel do professor face ao aluno com Anorexia Nervosa, fornecidas pelos docentes directores de turma.

N=15

	Afirmação	Resposta correcta		Não sei/ Não tenho opinião	
		F	%	F	%
38	Questionar o aluno, que considera apresentar indícios de comportamentos desviantes, perante a turma.	11	73.3	0	0
39	Desvalorizar a Anorexia Nervosa considerando-a uma doença da moda.	15	100	0	0
40	Manifestar junto do aluno em causa, a opinião de que o que ele está a fazer não tem sentido e que desse modo se está a auto-destruir.	4	26.7	0	0
41	Assumir o compromisso de guardar segredo.	7	46.7	1	6.6
42	Se confrontar o aluno com as suas suspeitas e este recusar, deve reforçar a sua ideia apresentando-lhe as evidências que possui.	8	53.3	3	20.0
43	Dar conselhos sobre a sua figura e aparência.	7	46.7	4	26.7
44	Aconselhar o recurso a um terapeuta, no sentido de ajudar a resolver o problema.	13	86.6	2	13.3
45	Assumir uma conduta punitiva, face aos comportamentos típicos de indivíduos com Anorexia Nervosa.	15	100	0	0
46	Não fazer diagnósticos.	4	26.7	5	33.3

No que concerne ao papel do professor face ao aluno anoréctico, verificámos que existem questões nas quais estes docentes manifestaram possuir conhecimentos adequados, pois salientamos as questões trinta e nove e quarenta e cinco, relacionadas com a valorização da doença e com o comportamento a assumir face a um aluno anoréctico, nas quais obtivemos 100% de respostas consideradas correctas.

Em relação às questões onde a percentagem de respostas correctas é particularmente baixa, torna-se necessário destacar a questão quarenta (26.7%), relacionada com a formulação de juízo de valores face à atitude do adolescente e a questão quarenta e seis (26.7%), relativa à realização de diagnósticos, verificando-se, de igual forma, que nestas questões os valores mais elevados surgem nas respostas consideradas incorrectas, numa percentagem de 73.3% para a questão quarenta e 40.0% para a quarenta e seis, o que poderão indiciar as dificuldades sentidas pelos professores em exercer o seu papel de forma adequada, face a um aluno com comportamento anoréctico.

5– PRINCIPAIS CONCLUSÕES DO ESTUDO

5.1 – Conclusões obtidas a partir das entrevistas realizadas

Com a realização das entrevistas, e tendo por base os pressupostos teóricos constatamos que, no que se refere ao envolvimento do contexto escolar na patologia, foi possível concluir que:

d) Em relação aos docentes, as alunas, de uma maneira geral, reivindicaram uma relação de maior proximidade, considerando que devia existir um maior investimento no domínio das relações interpessoais, em especial no que concerne ao docente que desempenha a função de director de turma.

e) Em relação à Escola, sobressai a necessidade de implementar, no contexto escolar, serviços de saúde e de psicologia, que permitam apoiar os alunos de forma permanente e continuada.

f) De uma forma geral, para a nossa amostra, o contexto escolar, na figura do grupo de pares, nas atitudes dos professores, nas pressões para atingir determinados objectivos, na desvalorização de determinados esforços, na ausência de apoio psicológico e médico, na realização de actividades extra curriculares, exerce uma grande influência no quotidiano dos alunos, podendo estes aspectos serem considerados como factores de risco para o desenvolvimento de quadros de Anorexia Nervosa.

5.2 – Conclusões obtidas a partir da análise dos dados recolhidos com a aplicação do questionário

Estabelecendo uma análise comparativa das conclusões obtidas para cada um dos grupos de docentes, que participaram neste estudo é possível verificar que:

- No que concerne aos aspectos que podem estar, de forma directa ou indirecta, relacionados com o contexto escolar os dois grupos de docentes demonstraram algumas dificuldades em reconhecer o bom desempenho e as elevadas expectativas dos alunos anorécticos face às actividades lectivas. As questões com percentagens mais elevadas também são comuns e prendem-se com aspectos físicos e emocionais que podem ser observados no meio escolar. Salientamos, no entanto, que os directores de turma obtiveram percentagens de respostas correctas ligeiramente inferiores.

- Quanto ao papel dos professores face ao aluno anoréctico, nos dois grupos, existem alguns conhecimentos sobre o procedimento mais adequado na detecção e encaminhamento de um quadro de Anorexia Nervosa, à excepção do facto de existirem docentes, com uma maior representatividade no grupo dos directores de turma, que consideram a possibilidade de procederem à realização de um diagnóstico. Verificaram-se também falhas em relação ao comportamento a adoptar face a alunos que manifestam a patologia, especialmente na abordagem do aluno anoréctico, e na manifestação de juízos de valor em relação ao seu comportamento.

Perante o exposto, podemos considerar que alguns docentes possuem conhecimentos correctos sobre a patologia, no que se refere às características físicas, emocionais, factores de risco e contextualização escolar, que de algum modo podem possibilitar a detecção e encaminhamento de situações de risco, no entanto, não apresentam uma formação adequada para lidar com casos concretos, já diagnosticados que surjam na sua prática lectiva.

BIBLIOGRAFIA

Bouça, D. (2000). *Anorexia nervosa minha amiga*, 2.ª Ed. Porto: Âmbar.

Byrne, K. (2001). *Anorexia e bulimia – Um guia para pais e educadores*. S. João do Estoril: Principia.

Carmo, I. (1999). *Magros, gordinhos e assim-assim – Perturbações alimentares dos jovens*. 2.ª Ed. Porto: Âmbar.

Carmo, I. (2001). *Doenças do comportamento alimentar*. Lisboa: ISPA.

Evans, J. (2003). Physical education and health: A polemic or let them eat cake! *European Physical Education Review*, London. Vol.9(1).pp.87-101, from http://epe.sagepub.com/

Evans, J., Rich, E., Holroyd, R. (2004). Disordered eating and disorder schooling: What schools do to middle class girls. *British Journal of Sociology of Education*, Vol.25, N. º2, UK: Carfax Publishing, from http://www.tandf.co.uk/journals/carfax/01425692.html

Fortin, M. F., Prud'homme-Brisson, D., Contre-Wakulczyk, G. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociências.

Gerlinghoff, M., Backmund, H. (1997). *Anorexia e bulimia*. Lisboa: Editorial Presença.

Ghiglione, R., Matalon, B. (1997). *O inquérito - Teoria e prática*. 3.ª Ed. Oeiras: Celta Editores.

Harjunen, H., Rich, E. (2004). *"Normal gone bad" – Exploring discourses of health and the female body in schools*, 3rd Global Conference on Making Sense of health, Illness and Disease Conference. http://www.inter-disciplinary.net/mso/hid/hid3/s11.htm

Hepworth, J. (1999). *The social construction of anorexia nervosa*. London: Sage Publications Ltd.

Levine, M., Smolak, L. (2002). *The role of the educator: Faculty and student guidelines for meeting with and referring students who may have eating disorder*. WA: National Eating Disorders Association, from http://www.edap.org/p.asp?webPage_ID=286&Profile_ID=41167

Raich, R. M. (2001). *Anorexia e bulimia*. Amadora: Editora McGrawHill de Portugal.

Rich, E. (2003) *Exploring constructions of the body, (III) health and Identity in schools: the case of anorexia nervosa.* Oxford: Loughborough University, from http://www.inter-disciplinary.net/mso/hid/hid3/Rich%20(2003)%20paper.pdf

A SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE DO 1.º ANO DO ENSINO SUPERIOR: AVALIAR PARA INTERVIR[1]

Sara Monteiro[2], José Tavares[3] & Anabela Pereira[4]

Resumo

Com o presente estudo, pretendemos caracterizar a saúde mental do estudante do 1.º ano de uma instituição de ensino superior portuguesa, através de indicadores de sintomatologia psicopatológica e de bem-estar psicológico. Um total de 316 estudantes, avaliado no início do 1.º semestre, preencheu o Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982) e a Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (EMMBEP; Massé et al., 1998). Dos resultados obtidos, destacamos que o estudante avaliado demonstra níveis de sintomatologia psicopatológica mais elevados e níveis de bem-estar psicológico mais reduzidos do que a população normal. A interpretação dos resultados e reflexões em torno dos mesmos são discutidas.

Palavras-chave

Saúde mental; sintomatologia psicopatológica; bem-estar psicológico.

O momento de transição e adaptação dos jovens ao ensino superior pode assumir-se como um potenciador de crises e/ou desafios desenvolvimentais facilitadores do crescimento e do desenvolvimento ou, pelo contrário, de desequilíbrio psicológico (Bastos, 1993, 1998; Ferreira & Hood, 1990). Efectivamente, uma das grandes áreas consideradas no processo de adaptação do jovem estudante ao ensino superior é a adaptação psicológica, que envolve principalmente aspectos relacionados com o bem-estar e com o equilíbrio físico e emocional dos alunos (Almeida, Soares, & Ferreira,1999; Baker & Siryk, 1984, 1989; Gerdes & Mallinckrodt, 1994; Russell & Petrie, 1992; Upcraft & Gardner, 1989).

Estudos realizados demonstram que um elevado número de estudantes que ingressam no ensino superior revelam dificuldades pessoais e académicas, havendo um aumento dos níveis de psicopatologia na população universitária (Herr & Cramer, 1992; Leitão & Paixão, 1999). Para além dos problemas académicos, vocacionais e desenvolvimentais, as dificuldades sociais e pessoais interferem no amadurecimento psicossocial e no rendimento escolar e taxa de desistência dos cursos (Rockwell & Talley, 1985).

A relevância desta questão é reforçada por um estudo levado a cabo no Reino Unido no âmbito da Association for University and College Counselling (AUCS), uma divisão da British Association for Counselling (BAC), em que se chama a atenção para o facto de os problemas de saúde mental estarem a aumentar entre os jovens, englobando doenças psiquiátricas, distúrbios do comportamento e dificuldades psicológicas e sociais.

No mesmo sentido, o National Survey of Counseling Center Directors assinala que nos Estados Unidos, nos últimos 10 anos, tem-se notado igualmente um aumento de problemas psicológicos e psicopatologia grave nos estudantes universitários (O'Connor, 2001). O inquérito que abrange 300 instituições de ensino superior conclui que nos últimos

1. Nota: Esta investigação foi suportada por uma bolsa de investigação atribuída pela Fundação para a Ciência e Tecnologia – SFRH/BD/16773/2004

2. Universidade de Aveiro. **smonteiro@ua.pt**

3. Universidade de Aveiro. **jtav@ua.pt**

4. Universidade de Aveiro. **anabelapereira@ua.pt**

10 anos se verificou um aumento de problemas de abuso de álcool e uso de drogas ilícitas, problemas de aprendizagem, desordens de alimentação e vitimização sexual.

Em Portugal, salienta-se igualmente as dificuldades de ordem pessoal e emocional demonstradas pelos estudantes do ensino superior (e.g., Ferraz, 2000; Pereira, 1997, 1998; Pereira, Motta, et al., 2006; Pereira & Williams, 2001; Tavares, Santiago, & Lencastre, 1998).

Num estudo de Tavares et al. (1998), realizado com 376 alunos do 1.º ano distribuídos por cursos de Licenciatura nas áreas das Ciências, Engenharias, Gestão e Planeamento na Universidade de Aveiro, pretendeu-se analisar, entre outras variáveis, a percepção que estes tinham acerca dos seus problemas. Os resultados sugerem que cerca de 70% dos indivíduos refere apresentar problemas, destacando-se os relacionados com a falta de atenção nas aulas e as dificuldades encontradas no estudo. No entanto e apesar de com percentagens inferiores, situadas entre os 15% e os 25%, problemas ligados à ansiedade, ao mal-estar e à depressão também surgem mencionados.

Segundo um outro estudo realizado por Ferraz (2000), conduzido igualmente com alunos do 1.º ano dos cursos de Licenciaturas nas áreas de Ciências e Engenharias da Universidade de Aveiro, constatou-se que os principais problemas apontados pelos jovens estão relacionados com os estudos e com a capacidade de atenção e concentração nos mesmos. No entanto, mais uma vez, variáveis como a ansiedade e o mal-estar físico aparecem também entre os problemas identificados e como factores perturbadores do bem-estar académico.

Ainda a este propósito, resultados provenientes da L.U.A. – Linha da Universidade de Aveiro indicam que os problemas relacionados com o desenvolvimento pessoal, seguidos dos problemas académicos, são os mais frequentes (Pereira, 1997, 1998; Pereira & Williams, 2001).

Dados resultantes de serviços de aconselhamento psicológico reforçam conformemente a convicção de que a presença de psicopatologia em estudantes do ensino superior não deve ser subestimada.

Um exemplo deriva da Consulta de Psicologia e Apoio Psicopedagógico, em funcionamento nos Serviços Médico-Universitários da Universidade de Coimbra. Neste caso, as razões de pedido de ajuda, nos últimos três anos, foram por ordem decrescente, as seguintes: distúrbios de ansiedade, depressão, problemas relacionados com os métodos de estudo ou dificuldades escolares, aconselhamento e adaptação e problemas familiares (Pereira et al., 2006).

Apesar deste aumento de psicopatologia poder ser atribuído a uma maior facilidade de procura de aconselhamento psicológico associado a um menor estigma que rodeia os problemas de saúde mental, importa salientar um aumento real das dificuldades psicológicas manifestadas pelos estudantes do ensino superior (RESAPES, 2002), que não podem ser negligenciadas pelas instituições de ensino superior.

Desta forma, com o presente estudo, pretendemos caracterizar a saúde mental do estudante do 1.º ano da Universidade de Aveiro, através de indicadores de sintomatologia psicopatológica e de bem-estar psicológico. Neste sentido, formulámos as seguintes hipóteses: (a) o estudante do 1.º ano da Universidade de Aveiro apresenta níveis de sintomatologia psicopatológica mais elevados do que a população normal e (b) o estudante do 1.º ano da Universidade de Aveiro apresenta níveis de bem-estar psicológico mais reduzidos do que a população utilizada no estudo do instrumento de avaliação do bem-estar psicológico.

MÉTODO

Participantes

Os participantes do presente estudo são 316 estudantes da Universidade de Aveiro, 68 do género masculino (21.50%) e 244 do género feminino (77.20%), com idades compreendidas entre os 17 e os 38 anos (M = 18.77; DP = 2.16), sendo a grande maioria composta por indivíduos solteiros (98.10%). A distribuição da amostra é relativamente equilibrada no que se refere ao tipo de ensino (universitário *versus* politécnico), apesar de um ligeiro predomínio dos estudantes que frequentam o ensino universitário (57.40%). No que diz respeito à área de licenciatura, há um predomínio evidente da área da saúde (42.40%) relativamente às outras áreas, que corresponde em absoluto aos estudantes que frequentam o ensino politécnico e participaram no nosso estudo. Todos os participantes do ensino politécnico eram estudantes dos seguintes cursos da Escola Superior de Saúde: Radiologia, Terapia da Fala, Fisioterapia, Gerontologia e Enfermagem. Em relação ao estatuto de estudante, 98.70% são estudantes tradicionais. Relativamente às opções de entrada na instituição de ensino e no curso, a grande maioria da amostra frequenta a instituição de ensino (71.20%) e o curso (68.60%) que colocaram em 1.ª opção.

Instrumentos

A sintomatologia psicopatológica foi avaliada através da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982) traduzida e adaptada por (Canavarro, 1999). É um inventário de auto resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo Likert que vai desde 0 (*Nunca*) a 4 (*Muitíssimas vezes*). Avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e o Índice de Sintomas Positivos – ISP). Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes de psicopatologia. Os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alpha entre 0.62 (psicoticismo) e 0.80 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0.63 (ideacção paranóide) e 0.81 (depressão). No presente estudo, os valores de alpha de Cronbach variaram entre 0.74 (psicoticismo) e 0.88 (depressão).

O bem-estar foi avaliado através da versão portuguesa da Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-Être Psychologique (Massé et al., 1998) traduzida e adaptada por Monteiro, Tavares e Pereira (2006). Trata-se de uma escala de auto-resposta constituída por 25 itens, numa escala de tipo Likert de 1 (*Nunca*) a 5 (*Quase sempre*), dividida em seis escalas: auto-estima, equilíbrio, envolvimento social, sociabilidade, controlo de si e dos acontecimentos e felicidade. Os estudos psicométricos efectuados revelaram níveis adequados de consistência interna para a nota global (0.93) e para as seis sub-escalas consideradas, com valores de alpha entre 0.71 e 0.85. No presente estudo, os valores de alpha de Conbrach encontrados foram de 0.94 para a nota global e variaram entre 0.64 (equilíbrio) e 0.88 (felicidade).

Procedimentos

A selecção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios: a) frequentar o primeiro ano do Ensino Superior; b) nunca ter frequentado nenhuma instituição do Ensino Superior; e, c) participação voluntária. Após a autorização dos professores, foi efectuado o contacto inicial com os estudantes, momento em que lhes foi explicado o objectivo geral da investigação e se solicitou a sua colaboração para a participação no estudo.

Recorreu-se ao programa SPSS (versão 14.0 para Windows) para realizar as análises

estatísticas.

Resultados

Sintomatologia psicopatológica

No Quadro 1, começamos por apresentar a caracterização da amostra relativamente à sintomatologia psicopatológica, por sexo.

Quadro 1. Diferenças entre os sexos ao nível da sintomatologia psicopatológica.

	Masculino		Feminino		
	Média	DP	Média	DP	Testes t para amostras independentes
Somatização	N=66		N=240		-2.16 n.s.
	0.45	0.61	0.63	0.59	
Obsessões-Compulsões	N=67		N=237		-2.05 n.s.
	1.34	0.74	1.54	0.69	
Sensibilidade Interpessoal	N=66		N=239		-0.89 n.s.
	0.99	0.92	1.09	0.78	
Depressão	N=66		N=238		-1.51 n.s.
	1.07	0.89	1.25	0.84	
Ansiedade	N=66		N=241		-3.55***
	0.82	0.77	1.18	0.71	
Hostilidade	N=65		N=242		-0.93 n.s.
	0.89	0.78	0.98	0.73	
Ansiedade Fóbica	N=67		N=241		-0.55 n.s.
	0.54	0.66	0.59	0.60	
Ideação Paranóide	N=65		N=238		-0.38 n.s.
	0.98	0.74	1.02	0.74	
Psicoticismo	N=67		N=238		0.51 n.s.
	0.95	0.78	1.00	0.72	
Índice Geral de Sintomas	N=61		N=214		-2.22 n.s.
	0.83	0.61	1.02	0.58	

**** p≤ .001 n.s. não significativo*

Os resultados patentes no Quadro 1 indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em relação à sintomatologia psicopatológica, com excepção do que se verifica para a dimensão *ansiedade*, sendo o sexo feminino a apresentar valores mais elevados nesta dimensão.

Com o objectivo de melhor caracterizar os níveis de sintomatologia psicopatológica da nossa amostra, verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a mesma e a população normal (Canavarro, 1999a). Os resultados são apresentados no Quadro 2.

Através da análise do Quadro 2, podemos referir que a nossa amostra, quando comparada com a população normal, apresenta níveis mais elevados em todas as dimensões de

sintomatologia psicopatológica e no *índice geral de sintomas*, sendo que essas diferenças são estatisticamente significativas no que se refere às dimensões: *obsessões-compulsões*, *depressão*, *ansiedade*, *ansiedade fóbica* e *psicoticismo*, e ao *índice geral de sintomas*.

Quadro 2. Diferenças entre a nossa amostra e a população normal ao nível da sintomatologia psicopatológica.

	Amostra 1.º ano ES		População normal		
	Média	DP	Média	DP	Testes t para amostras independentes
Somatização	0.59	0.59	0.57	0.92	0.57 n.s.
Obsessões-Compulsões	1.50	0.71	1.29	0.88	5.28***
Sensibilidade Interpessoal	1.07	0.82	0.96	0.73	2.39 n.s.
Depressão	1.21	0.85	0.89	0.72	6.46***
Ansiedade	1.10	0.73	0.94	0.77	3.78***
Hostilidade	0.96	0.73	0.89	0.78	1.53 n.s.
Ansiedade Fóbica	0.57	0.61	0.42	0.66	4.50***
Ideação Paranóide	1.01	0.74	1.06	0.79	-1.23 n.s.
Psicoticismo	0.99	0.73	0.67	0.61	7.66***
Índice Geral de Sintomas	0.98	0.59	0.84	0.48	4.01***

*** $p \leq .001$ n.s. *não significativo*

Bem-estar psicológico

No Quadro 3, apresentamos a caracterização da amostra relativamente ao bem-estar psicológico, por sexo.

Quadro 3. Diferenças entre os sexos ao nível do bem-estar psicológico.

	Masculino		Feminino		
	Média	DP	Média	DP	Testes t para amostras independentes
Felicidade	N=68		N=237		2.01 n.s.
	27.62	6.71	25.91	6.02	
Sociabilidade	N=67		N=240		-0.79 n.s.
	15.15	2.82	15.47	2.95	
Controlo	N=68		N=240		0.30 n.s.
	9.56	2.40	9.47	2.17	
Envolvimento Social	N=67		N=236		-1.70 n.s.
	9.76	2.24	10.27	2.13	
Auto-Estima	N=64		N=243		0.26 n.s.
	13.23	3.00	13.14	2.64	
Equilíbrio	N=62		N=242		-2.48 n.s.
	10.56	2.14	11.35	2.23	
Bem-Estar Total	N=57		N=221		0.34 n.s.
	86.28	16.73	85.50	14.83	

n.s. *não significativo*

Os resultados apresentados no Quadro 3 indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente a nenhuma das dimensões de bem-estar e ao *bem-estar total*.

Com o objectivo de caracterizar de forma mais completa os níveis de bem-estar psicológico da nossa amostra, verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a mesma e a população utilizada na adaptação da EMMBEP (Monteiro et al., 2006). Apresentamos os resultados no Quadro 4.

Quadro 4. Diferenças entre a nossa amostra e a amostra utilizada na adaptação da EMMBEP ao nível bem-estar psicológico.

	Amostra 1.º ano ES		Amostra EMMBEP		
	Média	DP	Média	DP	Testes t para amostras independentes
Felicidade	26.30	6.21	28.65	6.08	-6.63***
Sociabilidade	15.38	2.91	16.00	2.88	-3.79***
Controlo	9.47	2.23	10.34	2.32	-6.89***
Envolvimento Social	10.15	2.16	11.21	2.17	-8.63***
Auto-Estima	13.14	2.71	14.90	3.32	-11.43***
Equilíbrio	11.17	2.23	11.43	2.23	-2.00 n.s.
Bem-Estar Total	85.61	15.21	92.79	15.01	-7.90***

*** $p \leq .001$ n.s. não significativo

A análise dos resultados patentes no Quadro 4 permite-nos referir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a nossa amostra e a população utilizada na adaptação da EMMBEP, em todas as dimensões de bem-estar consideradas (com excepção da dimensão *equilíbrio*) e no *bem-estar total*. A nossa amostra demonstra os níveis de bem-estar mais reduzidos.

Discussão

Neste ponto, procedemos à apresentação e discussão dos resultados obtidos relativamente à caracterização do estudante do 1.º ano da Universidade de Aveiro, avaliado no início do 1.º semestre.

Relativamente à hipótese "o estudante do 1.º ano da Universidade de Aveiro apresenta níveis de sintomatologia psicopatológica mais elevados do que a população normal" verificámos que esta foi confirmada pelo nosso estudo. Constatámos que os níveis de sintomatologia psicopatológica demonstrados pelos participantes do nosso estudo são mais elevados do que os exibidos pela população normal, tendo sido registadas diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões *obsessões-compulsões*, *depressão*, *ansiedade*, *ansiedade fóbica* e *psicoticismo* e do *índice geral de sintomas*.

Também a hipótese "o estudante do 1.º ano da Universidade de Aveiro apresenta níveis de bem-estar psicológico mais reduzidos do que a população utilizada no estudo do instrumento de avaliação do bem-estar psicológico" foi confirmada. Os níveis de bem-estar psicológico demonstrados pelos participantes do nosso estudo são mais reduzidos do que os exibidos pela população utilizada no estudo do instrumento de avaliação do bem-estar psicológico, tendo sido registadas diferenças estatisticamente significativas no que se refere a todas as dimensões (com excepção do *equilíbrio*) e ao *bem-estar total*.

A transição para o ensino superior representa uma quebra acentuada com as rotinas

e estilos de vida anteriores, bem como a adaptação a um ambiente completamente novo, envolvendo desafios académicos e psicossociais. Neste sentido, esta fase pode assumir-se como um momento de oportunidade para o crescimento e desenvolvimento do jovem ou como um momento de contrariedade associado ao aparecimento de problemas psicológicos. É neste contexto que tentamos compreender os resultados que obtivemos em relação à adaptação psicológica demonstrada pelo estudante do 1.º ano da Universidade de Aveiro.

Em concordância com estudos anteriormente realizados, que chamam a atenção para o aumento dos níveis de psicopatologia na população universitária (e.g., Herr & Cramer, 1992; Leitão & Paixão, 1999; O'Connor, 2001) e para as dificuldades pessoais e emocionais vividas pelos estudantes do ensino superior (e.g., Ferraz, 2000; Pereira, 1997, 1998; Pereira, Monteiro, Santos, & Vagos, 2007; Pereira, Motta, et al., 2006; Pereira & Williams, 2001; Tavares et al., 1998), os nossos resultados parecem sugerir que também o estudante do 1.º ano da Universidade de Aveiro demonstra níveis de sintomatologia psicopatológica superiores aos da população normal.

No que se refere ao bem-estar psicológico, investigação recente indica que os estudantes do ensino superior, quando comparados com a população normal, apresentam habitualmente índices mais reduzidos em medidas de bem-estar psicológico (e.g., Roberts, Golding, Towell, & Weinreb, 1999; Stewart-Brown et al., 2000). Embora, no nosso estudo, os níveis de bem-estar psicológico do estudante inquirido tenham sido alvo de comparação com os níveis demonstrados por uma amostra composta igualmente por estudantes do ensino superior (apesar de não ser constituída apenas por estudantes do 1.º ano), os resultados obtidos sugerem que é o estudante do 1.º ano que apresenta menores valores de bem-estar psicológico. A explicação para estes dados deverá residir no facto do estudante do 1.º ano estar a viver uma fase que, apesar de ser natural, exige uma diversidade grandes de adaptações, quer ao novo contexto, quer aos desafios, pressões e exigências que lhe são inerentes.

Um outro resultado não contemplado nas hipóteses previamente referidas que consideramos merecedor de reflexão é a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os sexos no que se refere à sintomatologia psicopatológica e ao bem-estar psicológico, com excepção do que se verifica para a dimensão de sintomatologia psicopatológica *ansiedade*, sendo o sexo feminino a apresentar os valores mais elevados. Este resultado parece estar de acordo com um conjunto de outros estudos que têm vindo a ser realizados, quer em contexto nacional como internacional, que parecem demonstrar que os estudantes do sexo feminino tendem a viver a vida universitária de forma mais ansiógena exibindo, consequentemente, mais problemas ao nível da adaptação pessoal e emocional (e.g., Baker & Syrik, 1989; Castro & Almeida, 2000; Gall, Evans, & Bellerose, 2000). Ainda a este propósito, Soares e Almeida (2002) sugerem que o sexo feminino é aquele em que se verificam expectativas mais elevadas relativamente a diferentes dimensões da vida académica, pessoal e social associadas ao ensino superior pelo que, também por este motivo, poderão ser os estudantes do sexo feminino a apresentar maior sintomatologia ansiosa nesta fase, sentida como desafiante e exigente por muitos.

Tendo em conta a globalidade dos resultados obtidos, parece-nos importante alertar para a necessidade das instituições de ensino superior, em particular da Universidade de Aveiro, atentarem às dificuldades psicológicas dos jovens estudantes do 1.º ano e de intervirem com vista à promoção e optimização do desenvolvimento pessoal e da saúde psicológica destes indivíduos, para que a transição para o ensino superior se assuma mais como um momento de oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional do que como um momento de contrariedade e dificuldade.

REFERÊNCIAS

Almeida, L. S., Soares, A. P., & Ferreira, J. A. (1999). *Adaptação, rendimento e desenvolvimento dos estudantes do ensino superior: Construção/validação do Questionário de Vivências Académicas*. Braga: Universidade do Minho.

Baker, R. W., & Siryk, B. (1984). Measuring adjustment to college. *Journal of Counselling Psychology, 31,* 179-189.

Baker, R. W., & Siryk, B. (1989). *SACQ Student Adaptation to College Questionnaire Manual*. Los Angeles, CA, Western Psychological Services.

Bastos, A. (1993). *Desenvolvimento humano e intervenção psicológica em contexto educativo.* Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Minho, Braga.

Bastos, A. (1998). *Desenvolvimento pessoal e mudança em estudantes do ensino superior: Contributos da teoria, investigação e intervenção.* Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Minho, Braga.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I.. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.

Castro, S., & Almeida, L. (2000, Maio). *Qualidade de vida e percepção de bem-estar em estudantes universitários.* Comunicação apresentada no Seminário Transição para o Ensino Superior. Braga: Conselho Académico, Universidade do Minho.

Derogatis, L. R. (1982). Self-report measures of stress. In L. Goldberger & S. Brenznitz (Eds.), *Handbook of stress* (pp. 270-294). New York: Free Press.

Ferraz, M. F. (2000). *Saudades de casa e personalidade dos estudantes universitários*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Ferreira, J. A., & Hood, A. (1990). Para a compreensão do desenvolvimento psicossocial do estudante universitário. *Revista Portuguesa de Pedagogia, XXIV*, 391-406.

Gall, T. L., Evans, D. R., & Bellerose, S. (2000). Transition to first-year university: Patterns of change in adjustment across life domains and time. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*, 544-567.

Gerdes, H., & Mallinckrodt, B. (1994). Emotional, social, and academic adjustment of college students: A longitudinal study of retention. *Journal of Counseling and Development, 72,* 281-289.

Herr, E. L., & Cramer, S. H. (1992). *Career guidance and counseling through the life span systematic approaches.* NY: Harper Collins Publishers.

Leitão, L. M., & Paixão, M. P. (1999). Contributos para um modelo integrado de orientação escolar e profissional no ensino superior. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 1*, 191-209.

Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'É.M.M.B.E.P. *Revue Canadienne de Santé Publique, 89*(5), 352-357.

Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006). Estudo das características psicométricas da escala de medida de manifestação de bem-estar. In I. Leal, J. L. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 53-58). Lisboa: ISPA Edições.

O'Connor, E. (2001). Student mental health: secondary education no more. *Monitor on Psychology, 32*(8), 44-47.

Pereira, A. (1997). *Helping students cope: Peer counselling in higher education.* Tese de doutoramento não publicada, University of Hull, Hull.

Pereira, A. (1998). Apoio ao estudante universitário: Peer Counselling (experiência-piloto). *Psychologica, 20*, 113-124.

Pereira, A., Monteiro, S., Santos, L., & Vagos, P. (2007). O stress do estudante: Identificar, treinar e optimizar. *Psicologia e Educação, VI*(1), 55-61.

Pereira, A., Motta, E. D., Vaz, A. L., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A. C., et al. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no ensino superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica, XXIV*(1), 51-59.

Pereira, A., & Williams, D. I. (2001). Stress and coping in helpers on a student "nightline" service. *Counselling Psychology Quartely, 14*(1), 43-47.

RESAPES (2002). *A Situação dos Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal* (Vols. 1-3) Lisboa: RESAPES.

Roberts, R., Golding, J., Towell, T., & Weinreb, I. (1999). The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health. *Journal of American College Health, 48*, 103-109.

Rockwell, J. K. & Talley, J. E. (1985). Who seeks psychological services on campus and why. In J. E. Talley & J. K. Rockwell (Eds.), *Counseling and psychotherapy services for university students* (pp. 3-17). Springfield: Thomas.

Russell, R. K., & Petrie, T. A. (1992). Academic adjustment of college students: Assessment and counselling. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (pp. 485-511). New York: John Wiley & Sons.

Soares, A. P., & Almeida, L. S. (2002). *Trajectórias escolares e expectativas académicas dos candidatos ao Ensino Superior: Contributos para a definição dos alunos que entraram na Universidade do Minho*. Braga: Conselho Académico, Universidade do Minho.

Stewart-Brown, S., Evans, J., Patterson, J., Peterson, S., Doll, H., Balding, J., & Regis, D. (2000). The health of students in institutes of higher education: An important and neglected public health problem? *Journal of Public Health Medicine, 22*, 492-499.

Tavares, J., Santiago, R. A., & Lencastre, L. (1998). *Insucesso no 1.º ano do ensino superior: Um estudo no âmbito dos cursos de Licenciatura em Ciências e Engenharia na Universidade de Aveiro*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Upcraft, M., & Gardner, J. (1989). *The freshman year experience: Helping students survive and succeed in college*. San Francisco: Jossey-Bass.

DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS NA REABILITAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS

José Manuel Dias[1] & Lia Joana Marcos[2]

Resumo

Neste estudo, pretendíamos saber: "Qual a importância que os enfermeiros que trabalham em psiquiatria atribuem ao seu desempenho (prevenir, tratar/cuidar) tendo em vista a reabilitação destes doentes?". Recorremos à metodologia qualitativa, estudo de caso exploratório com a análise de conteúdo dos discursos das entrevistas. Concluímos que os enfermeiros sentem ter um papel mais activo no processo da reabilitação dos doentes mentais. Porém, consideram necessário sensibilizar e motivar a equipa multidisciplinar no sentido de delinearem estratégias e desenvolverem actividades que facilitem a reabilitação destes utentes. A maioria procura envolver a família no tratamento destes utentes, mas consideram que, ao nível da reabilitação, ainda se faz muito pouco. Um dos entrevistados manifestou interesse em criar programas de reabilitação no serviço.

Palavras-chave

Desempenho dos Enfermeiros; reabilitação; doentes mentais.

1 - INTRODUÇÃO

Apesar de nos últimos anos, os técnicos de saúde mental e de outros profissionais envolvidos neste trabalho, envidarem múltiplos esforços, no sentido de integrar estes utentes na comunidade, as patologias mentais são ainda doenças socialmente escondidas. As pessoas com doença mental são muitas vezes marginalizadas, ignora-se o sofrimento humano e a tragédia pessoal e familiar que estas doenças acarretam. A resistência em aceitar estas doenças, a necessidade de esconder o carácter devastador da sua sintomatologia e o abandono relativo a que os doentes e familiares têm sido votados, são apenas alguns dos factos que marcam a história das atitudes sociais face a estas patologias.

Vivemos numa sociedade que não compreende e, como tal, marginaliza e exclui os que sofrem destas doenças. Paradoxalmente, persiste o medo do que parece estranho e incompreensível. As doenças mentais são patologias que afectam profundamente a família e o meio em que o doente vive.

A realização deste estudo, surge no sentido de se perceber a vida destes utentes após a alta hospitalar e como os enfermeiros podem contribuir para melhorar a sua qualidade de vida. São muitos os casos de doentes com doenças mentais que sentem medo de enfrentar a vida sozinhos, quando lhes é diagnosticada uma patologia do foro mental, isto porque algumas famílias, mais dia menos dia, acabam por rejeitá-los, já que a própria doença leva a atitudes que são tidas como anti-sociais. Eles próprios se sentem excluídos pela maioria das pessoas. Felizmente, existem ainda famílias que acolhem, ajudam, acarinham e tratam adequadamente os seus familiares com doença mental, enfrentando medos e modificando as suas rotinas diárias, numa vida que provavelmente não será como era antes!!!

A continuação da prestação de cuidados, para além da alta hospitalar, constitui um dos objectivos principais das acções dos profissionais dos serviços psiquiátricos, sendo para isso necessário envolver a família no tratamento destes utentes e existirem instituições na

1. Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. **josedias1962@hotmail.com**
2. Enfermeira Nível I – Centro de Saúde de Vila Flor. **liapaco@hotmail.com**

comunidade que os apoiem.

A escolha do presente estudo surgiu no sentido de perceber o fenómeno "reabilitar" e a sua importância nas práticas de enfermagem. O tema deste estudo pretende responder a algumas questões que surgem com frequência, quando se fala em reabilitar pessoas com doença mental, que pensamos irem de encontro às dúvidas de todos aqueles que contactam de uma forma directa com estas pessoas. Assim, surge a pergunta de partida: *Qual a importância que os enfermeiros que trabalham em psiquiatria atribuem ao seu desempenho (prevenir, tratar/cuidar) tendo em vista a reabilitação destes doentes?*

2 - OBJECTIVOS

Explicitar como se processa a prevenção para os enfermeiros que trabalham num serviço de psiquiatria e saúde mental;

Analisar de que forma os enfermeiros estruturam o seu trabalho na perspectiva do tratar/cuidar, tendo como finalidade a reabilitação do doente mental;

Clarificar perante os enfermeiros o processo de reabilitação, as suas vivências perante o mesmo

3 – METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, partimos duma perspectiva fenomenológica, "cujo propósito é descrever um determinado fenómeno ou a aparência das coisas enquanto experiências vividas" (Streubert & Carpenter, 2002:49), ou seja, pretende-se descrever um determinado fenómeno, como é experimentado pelos indivíduos e como é interpretado. No nosso estudo, pretendemos estudar o fenómeno "reabilitar" e que importância os enfermeiros de psiquiatria lhe atribuem, tendo o estudo como objectivo "explicar a estrutura ou essência das experiências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de significado o qual é a identificação da essência de um fenómeno e a sua descrição rigorosa, através da experiência vivida quotidiana" (Streubert & Carpenter, 2002:55). Os estudos exploratórios permitem-nos encontrar "informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações" (Lobiondo-Wood & Haber, 2001:111).

Optámos por um estudo do tipo qualitativo, para sabermos a opinião dos enfermeiros de psiquiatria acerca das vivências sobre o desempenho na reabilitação. Interessavam-nos técnicos que estivessem por dentro desta temática, se interessassem por ela e a praticassem. Segundo Gauthier, a investigação qualitativa consiste "em estudar e em interagir com as pessoas no seu terreno, através da sua linguagem, sem recorrer a um distanciamento que levaria ao emprego de formas simbólicas estranhas ao seu meio" (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2005:47). Optámos por um estudo de caso exploratório, uma vez que pretendíamos descobrir as vivências dos enfermeiros, na questão da reabilitação, como se posicionavam sobre ela, como a trabalhavam e a forma como gostariam que fosse trabalhada. Estes estudos permitem ter "uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado facto" (Gil, 1999:45). Este estudo centra-se na importância que os enfermeiros que trabalham em psiquiatria atribuem ao seu desempenho (prevenir, tratar/cuidar), tendo em vista a reabilitação dos doentes.

3.1 - População/Amostra

No nosso estudo, a população alvo eram os enfermeiros que trabalhavam no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Nª Sr.ª da Conceição de Valongo, constituída por 11 elementos, sendo um especialista, seis enfermeiros graduados e quatro enfermeiros nível 1, destes quatro dois eram contratados.

A amostra consiste numa parcela da população, que se pretende estudar, isto é, "é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população" (Fortin, 1999:202). Relativamente ao tipo de amostra, utilizámos uma amostra não probabilística intencional, uma vez que nos permite escolher "sujeitos de pesquisa que são considerados típicos da população" (Haber, 2001:144). Desta forma, pudemos escolher os cinco elementos que nos pareceram mais enriquecedores para o nosso estudo.

3.2 - Procedimento e Estratégias

Pretendíamos com o nosso estudo compreender o fenómeno na sua globalidade, como é característica do método qualitativo, que busca sempre retratar a realidade a nível particular e específico, para isso tenta obter a informação no ambiente natural, para conseguir obter a percepção do fenómeno e o papel dos intervenientes. Por isso, a nossa técnica de recolha de dados assentou nestes princípios, sendo ela a entrevista. Elaborámos um guião por blocos temáticos com questões dirigidas a cada bloco temático, sendo por isso um guião semi- estruturado.

Para recolher os dados, realizámos entrevistas aos enfermeiros do Serviço de Psiquiatria sobre a importância que atribuíam ao seu trabalho, no sentido da reabilitação dos doentes mentais. A entrevista é "uma forma de interacção social" (Gil, 1995:113), existindo contacto directo entre o investigador e os participantes, permitindo que estes, como refere Dias (2004a), explicitem as suas experiências sobre o fenómeno em estudo. A fim de recolher informações pertinentes, elaborámos um guião da entrevista que servia para orientar e facilitar a condução das entrevistas.

Foi realizado, um ensaio - validação (pré-teste) da entrevista, no mês de Junho, a um enfermeiro que trabalhava no Serviço de Psiquiatria no mesmo hospital, com o seu consentimento. Tinha como objectivos verificar se a entrevista focava todos os temas pertinentes ao estudo, se as questões eram bem formuladas e desenvolver competências a nível da condução da entrevista. No mês de Julho de 2006, foram realizadas as entrevistas a cinco enfermeiros, que trabalhavam no Serviço de Psiquiatria, no Hospital da Nª Sª da Conceição de Valongo, com a duração de 60 minutos. Ocorreram no local de trabalho destes enfermeiros, consoante a sua disponibilidade e com marcação prévia.

4 - ANÁLISE DE RESULTADOS

As entrevistas foram submetidas a análise de conteúdo, onde verificámos a importância que os entrevistados atribuíam ao desempenho dos enfermeiros na reabilitação dos doentes mentais e de onde emergiram e se identificaram as seguintes categorias e subcategorias que apresentamos na tabela 1:

TABELA 1. Tabela de categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
Prevenir	Primária
	Secundária
	Terciária
Cuidar	Holística
	Relação de ajuda
	Actividades lúdico-recreativas
Reabilitar	Início
	Constrangimentos
	Continuidade de cuidados
	Desinstitucionalização
	Reabilitação
	Reinserção social

Prevenir

A prevenção é vista pelos enfermeiros entrevistados como algo muito importante, havendo contudo um longo caminho a percorrer, relativamente a este campo. Segundo os nossos entrevistados, existem poucas intervenções preventivas no serviço: *"Penso que se pode melhorar a nível preventivo. Podia haver mais elementos na equipa para se poder realizar domicílios com um enfermeiro e uma assiste social"* (1A).

A nível da prevenção primária no Hospital de Nª Sr.ª da Conceição, segundo um dos nossos entrevistados, a prevenção que existe é através das consultas de psiquiatria: "*A única prevenção que existe é a relação que existe com as consultas realizadas no hospital e no pólo de Gondomar*" (1A).

A prevenção secundária encontra-se muito presente no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Nª Sr.ª da Conceição de Valongo, principalmente na altura da alta do utente, pois nesta altura realizam ensinos tanto ao utente como à família, estes incidem sempre na medicação, consultas e apoio destes utentes. Todos os nossos entrevistados referiram estes aspectos: *"...falam com o doente e família sobre a toma da medicação, respeitar as datas das consultas e se tiver que fazer decanuatos informar que devem sempre respeitar as datas. Também informam sobre a interacção das drogas e do álcool fazendo ver que o utente não deve consumir este tipo de substâncias*" (3B).

A prevenção terciária, baseia-se em reduzir as deficiências ou limitações resultantes da doença mental. Algumas medidas neste âmbito de prevenção são programas de reabilitação, serviços comunitários e prevenção de recaídas. A prevenção de recaídas, segundo os nossos entrevistados, poderia ser feita através de domicílios, no entanto, a única coisa que realmente fazem para prevenir as recaídas é elucidar as famílias para a importância da toma correcta da medicação e alertar para alguns sintomas: *"Podia haver mais elementos na equipa para se poder realizar domicílios com um enfermeiro e uma assistente social"* (1A); *"A prevenção de recaídas é feita informando os familiares das consequências da suspensão da medicação"* (3A).

Estes doentes, após a alta necessitam de muito acompanhamento, para conseguirem ser autónomos, pois é necessário recuperarem a sua auto-estima, ou seja, é preciso que eles voltem a gostar de si próprios, tal como são.

Cuidar

Relativamente ao cuidar, segundo Bevis e Watson (2005) e em nossa opinião, é a essência da prática de enfermagem, onde se efectuam certos comportamentos para se realizar uma actividade mas, para além disso, tenta-se descodificar o que realmente o outro necessita, pelo que é necessário existir uma boa relação entre a enfermeira e o doente. Logo cuidar implica reconhecer todos os sentimentos, que essa doença provoca no indivíduo e que mudanças a nível de comportamentos e atitudes têm que ser adoptados pelo utente para recuperar da doença e saber como essas mudanças interferem no seu dia-a-dia.

Na generalidade, os nossos entrevistados privilegiaram mais o cuidar do que o tratar, apesar de realizarem as duas coisas: *"Neste serviço cuido, pois o cuidar engloba o trata "* (3A).

Cuidar implica ver o outro como um ser singular que precisa de ajuda, que nós só podemos dar se conseguirmos perceber realmente as suas preocupações, pelo que é necessário estabelecer uma relação empática com o doente e ter uma perspectiva holística. A maioria dos entrevistados respondeu que olhavam para o utente de uma forma holística, no entanto, davam mais importância aos cuidados psíquicos: *"...ver o paciente numa perspectiva bio-psico-social"* (1B); *"Tento ver o utente com um ser bio-psico-social, porém neste serviço dou mais importância aos cuidados psíquicos"* (3B).

Contudo, um dos nossos entrevistados disse dar mais importância aos cuidados psíquicos: *"Privilegio mais os cuidados psíquicos"* (2B).

Actualmente, a perspectiva holística tem sido cada vez mais incluída nos cuidados de enfermagem, pois quando se está a cuidar de alguém cada vez mais se tem em consideração as suas crenças, valores, cultura e gostos pessoais.

Os enfermeiros entrevistados consideraram a relação de ajuda muito importante, no relacionamento dos enfermeiros com os utentes do Serviço de Psiquiatria: *"A relação de ajuda (...) neste serviço é de extrema importância"* (1B); *"O que distingue os cuidados de enfermagem de psiquiatria é a relação de ajuda, o saber ouvir, o saber estar com eles"* (1B).

No entanto, a relação de ajuda não é só saber ouvir e saber estar com eles, é também saber colocar-nos no lugar deles e compreendê-los, ou seja, é estabelecer também uma relação empática, como vemos através dos seguintes depoimentos: *"... Temos que saber escutar os doentes e tentar compreende-los para os ajudar"* (2B); *"...criando uma boa relação empática, boa relação de ajuda e sabendo comunicar correctamente, ou seja, é muito importante saber escutar, saber estar e saber fazer"* (4B).

Portanto, para se estabelecer uma relação de ajuda é necessário demonstrar disponibilidade para escutar e criar empatia com o utente, pois para podermos ajudar alguém temos que perceber o que o outro sente e quais as suas preocupações. O enfermeiro deve realizar actividades que o utente goste e deixá-lo escolher a actividade que ele quer realizar, mediante as possibilidades do serviço. Com estas actividades, pretende-se que o tratamento seja menos custoso, bem como se tenta que eles mantenham o máximo de autonomia, podendo mesmo contribuir para a sua reabilitação e para reduzir o tempo de internamento. Segundo os nossos entrevistados, estas actividades são muito importantes nos cuidados a estes utentes: *"A ludoterapia é de facto muito importante (...) as actividades são realizadas pontualmente conforme a vontade dos doentes, porém tenta-se sempre incentivá-los"* (3B);

Algumas actividades lúdico-recreativas que se podem realizar são: música, actividade motora e ioga. Pudemos constatar pelas entrevistas realizadas que os enfermeiros realizam

algumas actividades lúdicas com os utentes, de acordo com o tipo de doentes que se encontram no serviço: *"As actividades que se realizam são: danças, trabalhos com barro, arraiolos, jogos, pintura, actividades ao ar livre"* (1B); *"... actividades de ludoterapia depende do tipo de doentes que se encontram no serviço. As actividades que s realizam são: jogos (cartas, dominó), jardinagem, futebol, ver televisão"* (2B).

Porém, um dos nossos entrevistados disse-nos realizar poucas actividades lúdicas, só realizando apenas uma: *"A única actividade que realizo com eles é musicoterapia"* (5B).

As actividades lúdico-rrecreativas trazem inúmeros benefícios para os doentes mentais, porém para se realizarem é necessário que o serviço tenha condições apropriadas para a sua realização. Deve ter-se em conta as actividades que o utente gosta mais, dando-lhe sempre a escolher. Desta forma, o utente torna-se mais autónomo e ganha mais auto-estima.

Reabilitar

A reabilitação consiste em aumentar ao máximo as capacidades do utente, contribuindo assim para este voltar a ser um elemento activo na sociedade. Vamos começar por analisar quando se deve iniciar a reabilitação, ou seja, quando se inicia o processo da alta do utente. Ao questionarmos os enfermeiros sobre quando devem iniciar o processo da alta, a maioria respondeu, logo que são admitidos: *"A preparação para a alta deve ser feita logo que o doente entra no serviço"* (4C);

Apenas um dos nossos entrevistados respondeu que o processo da alta se inicia quando o médico diz que vai ter alta prevista: *"A partir do momento que o médico diz que tem alta prevista"* (5C).

Apesar da maioria dizer que o processo da alta deve ser iniciado logo que o utente entre no serviço, ainda existe quem pense que só se inicia quando o médico dá indicação que esse utente vai ter alta. Portanto, para se iniciar a preparação da alta desde o primeiro dia do internamento, primeiro é necessário que toda a equipa tenha consciência disso. Segundo os nossos entrevistados, os constrangimentos existem a nível da comunidade que não apoia estes utentes, após a alta hospitalar: *"Tenta-se reabilitá-los, no entanto, na comunidade não existem apoios, nem se realizam psicoterapias"* (1C).

Através das entrevistas realizadas, constatamos não existir interacção entre a equipa de psiquiatria e a equipa do centro de saúde, por não existir um protocolo entre o serviço e o centro de saúde: *" Não existe qualquer tipo de protocolo com os enfermeiros do centro de saúde"* (1C).

Desta forma, após a alta, os utentes deste serviço deixam de ter contacto com estes profissionais, ficando à mercê da sua sorte e do acompanhamento familiar, pois o facto de não existir protocolo com o centro de saúde dificulta a comunicação entre os enfermeiros do Serviço de Psiquiatria e os enfermeiros do centro de saúde, por outro lado, na comunidade também não existem apoios para estes doentes. A este respeito, Moreira e Melo (2005) afirmam que se os serviços de psiquiatria se abrirem para a comunidade, faz com que os serviços de cuidados primários sejam envolvidos no problema de saúde mental, existindo desta forma uma maior interacção entre os serviços psiquiátricos e os serviços de cuidados primários. No entanto, esta interacção entre o serviço de psiquiatria e o centro de saúde não se reflectiu nas nossas entrevistas: *" Não existe qualquer relação com os enfermeiros do centro de saúde. Só existe interacção com os enfermeiros das consultas como foi referido anteriormente"* (1C); *"Não existe qualquer protocolo com os enfermeiros do centro de saúde"* (2C); "*Não há nenhum tipo de relação com os enfermeiros do centro de saúde"* (4C).

Relativamente à continuidade dos cuidados, é necessário envolver os enfermeiros e a restante equipa dos cuidados de saúde primários na área da psiquiatria. Para isso, é preciso que os enfermeiros e o resto da equipa dos serviços de psiquiatria interajam com a equipa do centro de saúde, havendo desta forma troca de informação e um acompanhamento mais adequado do utente.

A desinstitucionalização, segundo Cordo (2003), deve estar inserida no processo de reabilitação que visa a reinserção social do indivíduo. Portanto, para esta autora, "é necessário reabilitar o doente para a comunidade, mas, também, «reabilitar»/educar esta para o receber" (p.64). A desinstitucionalização pode ser feita de duas formas: juntamente com a família, indo o doente depois viver com ela, ou sem a família, encaminhando o doente para estruturas de residências alternativas. Todos os nossos entrevistados consideraram importante a desinstitucionalização dos doentes mentais, contudo, é necessário criar estruturas para que eles se mantenham estabilizados e potenciar as suas capacidades, bem como envolver mais a família no tratamento destes doentes: *"Porque quando os internamentos são muito prolongados as relações familiares vão diminuindo de tal forma que a equipa multidisciplinar passa a ser a família destes doentes, para além disso deixam de ter contacto com a sua realidade social e familiar"* (1C).

Para Cordo (2003), A reabilitação destes utentes só pode ser feita através de vários apoios comunitários e familiares, havendo um envolvimento tanto dos profissionais como da família. Perspectiva esta partilhada pelos nossos entrevistados: *"A reabilitação depende do acompanhamento da família, como também neste campo se poderia realizar domicílios e existirem instituições, afim de prevenir recaídas"* (3B).

Outros dos nossos entrevistados salientaram que os internamentos deviam ser curtos, envolvendo a família, e referiram ser importante modificar os hábitos destes utentes, incentivá-los a serem mais participativos no meio que os rodeia: *"...internamentos curtos que permitam reabilitação máxima do doente e envolver a família no processo da alta"* (1C).

Para se reabilitar o utente, é necessário um envolvimento muito grande de toda a equipa de psiquiatria, bem como existirem instituições na comunidade que prestem apoio a estas pessoas, estando sempre estas instituições em contacto com profissionais de saúde mental ou terem profissionais desta área a trabalhar nesses centros de apoio, bem como a família tem que ser mais esclarecida sobre a doença do seu familiar e mais envolvida no tratamento e reabilitação do doente. A reinserção social consiste em devolver o utente à sociedade, para isso, é necessário que ele realize actividades úteis para a sociedade, ou seja, que consiga arranjar um emprego, pois o trabalho engloba "as oportunidades que dele decorrem para conquistar a socialização, a produtividade, a capacidade de consumo, a auto-estima, a autoconfiança, a auto-realização" (Cordo, 2003:89). Refere ainda que para se reinserir os doentes mentais na sociedade é necessário criar estruturas que os ajudem a realizar actividades úteis à sociedade de acordo com a sua autonomia e produtividade. Portanto, é necessário criar estruturas que permitam às pessoas com doença mental terem acompanhamento profissional e, ao mesmo tempo, realizar actividades úteis para a sociedade, de acordo com as suas capacidades e sendo remunerados pela execução desses trabalhos. Desta forma, aumentamos a auto-estima destas pessoas e contribuímos para a sua inserção no seu meio ambiente.

5 - CONCLUSÕES

Podemos constatar que, a nível preventivo, ainda há um longo caminho a percorrer, pois ainda não se relacionam muito bem os múltiplos factores de risco com a incidência das doenças mentais. Por outro lado, existe ainda um grande desconhecimento destas doenças, tanto pelos profissionais como pela sociedade em geral e, em última análise,

há falta de elementos na equipa de enfermagem e recursos materiais para se realizarem certas actividades preventivas, como domicílios, como podemos verificar através dos seguintes discursos dos nossos entrevistados: *"Havendo campanhas de prevenção de toxicodependência e alcoolismo e sensibilizar as pessoas para os primeiros sintomas da doença"* (3A); *"Podia haver mais elementos na equipa para se poder realizar domicílios com um enfermeiro e uma assistente social"* (1A).

Relativamente ao tratar e ao cuidar, pelas nossas entrevistas percebemos que os enfermeiros do Serviço de Psiquiatria dão mais relevo ao cuidar e tentam visualizar o utente de forma holística. Dão muita importância também ao estabelecimento de uma relação de ajuda, tal como os autores consultados (Adam, 1990; Neeb, 2000). A empatia é um dos aspectos mais importantes nesta relação que o enfermeiro estabelece com o utente, pois é através da empatia que os enfermeiros conseguem perceber os sentimentos e pensamentos do doente e, desta forma, conseguem ajudar o utente a resolver as suas preocupações. Aspectos estes que podemos constatar nos seguintes depoimentos dos nossos entrevistados: *"Trato e cuido, porém dou mais importância ao cuidar"* (1B); *"... ver o paciente numa perspectiva bio-psico-social"* (1B); *"A relação de ajuda (...) neste serviço é de extrema importância"* (1B); *"Ver como doente e tratar como ser humano fazendo sentir que existe sempre uma hipótese"* (3B).

No decorrer do trabalho, apercebemo-nos de que os enfermeiros têm levado os utentes a ser mais participativos no seu tratamento, pois realizam actividades lúdicas com eles, sendo os utentes a escolherem a actividade que querem realizar, mediante as condições do serviço. Como nos informaram os nossos entrevistados: *"A ludoterapia é de facto muito importante (...) as actividades são realizadas pontualmente conforme a vontade dos doentes, porém tenta-se sempre incentiva-los"* (3B).

No que diz respeito à reabilitação destes utentes, constatamos que os enfermeiros, como profissionais de saúde que passam mais tempo com os utentes, têm um papel fundamental no processo da reabilitação do doente mental, porém, para poderem realizar actividades que facilitem a reabilitação destes utentes, é necessário sensibilizar toda a equipa multidisciplinar para este aspecto e existirem instituições de apoio para estes utentes na comunidade. Com este estudo, vimos que em Portugal existem poucas estruturas de apoio, temos como exemplo dessas estruturas a Casa de Saúde do Telhal, em Lisboa. No entanto, na maioria do país, estas instituições não existem. Também constatámos que a nível do centro de saúde, pelo menos em relação a este hospital, a comunicação dos enfermeiros é mínima, o que dificulta a continuidade dos cuidados. Salientaram a importância de envolver a família no tratamento destes utentes, bem como existir instituições que apoiassem estas famílias, no sentido de promover a sua reabilitação. Estes factos encontram-se retratados nas entrevistas que realizamos: *"...não existe qualquer tipo de acompanhamento na comunidade"* (2B); *"...o doente vinha do hospital e ia para o hospital de dia ou para a comunidade sempre com o apoio do centro de dia, iam para o centro de dia trabalhando de manhã e à tarde realizavam actividades lúdicas e à noite regressavam a casa, tendo sempre uma equipa de enfermeiros para dar medicação e vigiar o seu estado"* (4C).

Resumidamente, podemos concluir que a nível da reabilitação, apesar dos enfermeiros terem um papel fundamental e de se mostrarem preocupados com este aspecto, é necessário criar apoios a nível da comunidade, com o auxílio de toda a equipa multidisciplinar.

Actualmente, e neste serviço em particular, a nível da reabilitação ainda se faz muito pouco, contudo, mostraram-se preocupados e interessados em modificar esta situação, estando um dos nossos entrevistados a tentar criar programas de reabilitação no serviço, como nos informou dizendo: *"Neste momento estou a dar formação para tentar fazer reabilitação nestes três parâmetros (doente, família e comunidade), porque em primeiro*

lugar é necessário incentivar a equipa para a necessidade da reabilitação e ter apoio de toda a equipa multidisciplinar. É impossível criar um programa de reabilitação sem ter apoio médico" (4C).

Também constatámos que mediante os seus recursos faziam o que podiam, no sentido de reabilitar estes utentes, conseguindo mesmo que muitos deles saíssem do serviço completamente reabilitados. O desempenho dos enfermeiros a nível da reabilitação dos doentes mentais deve ser pautado como refere Dias (2004b) pela efectividade (eficácia e eficiência) na continuidade dos cuidados. Porém a falta de acompanhamento destes doentes na comunidade e de muitas famílias ainda os abandonar, originam que estas pessoas voltem a ter recaídas e sejam novamente internadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bevis, O., & Watson, J. (2005). *Rumo a um cuidar: Uma nova pedagogia para a enfermagem*. Loures: Lusociência.

Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental: Das famílias para a instituição e da instituição para a família.* Lisboa: Climepsi Editores.

Dias, J. M. (2004a). *Formadores: que desempenho*. Loures: Lusociência.

Dias, J. M. (2004b). Formadores que desempenho. *Nursing, 15* (188), 18-22.

Fortin, M.F. (2003). Métodos de amostragem. In M.F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (pp. 201-214). Loures: Lusociência.

Gil, A. C. (1995). *Pesquisa social: Métodos e técnicas de pesquisa social.* 4.ª ed. São Paulo: Atlas.

Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social.* São Paulo: Atlas.

Haber, J. (2001). Amostragem. In G. Lobiondo-Wood, & J. Haber, *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização* (4.ª ed., pp. 140-155). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2005). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas* (2.ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Lobiondo-Wood., G. & Haber, J. (2001). Desenhos não-experimentais. In G. Lobiondo-Wood. & J. Haber, *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação, crítica e utilização* (4.ª ed., pp. 110-121). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde mental: Do tratamento à prevenção.* Porto: Porto Editora.

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de enfermagem de saúde mental.* Loures: Lusociência.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançado o imperativo humanista* (2.ª ed.). Loures: Lusociência.

PREVENÇÃO DA ANOREXIA EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL: UMA INTERVENÇÃO COM TÉCNICOS E JOVENS

Graça Santos[1] & Marta Simões[2]

Resumo

Atendendo à necessidade de intervir no âmbito da educação para a saúde com populações institucionalizadas, o presente projecto teve como objectivo a prevenção de patologias do comportamento alimentar, especificamente da anorexia em jovens com deficiência mental. A intervenção desenvolveu-se na APPACDM de Évora em duas acções de formação distintas: uma destinada aos técnicos e formadores da instituição visando aprofundar o conhecimento acerca da anorexia e reflectir sobre estratégias de intervenção junto de jovens com deficiência mental, e uma destinada a jovens com deficiência mental tendo como principais objectivos sensibilizar e consciencializar os jovens acerca da anorexia, de forma adaptada às suas necessidades específicas de aprendizagem.

Palavras-chave

Anorexia; deficiência mental; prevenção.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a incidência das perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente a anorexia nervosa, têm vindo a aumentar, principalmente nos jovens do sexo feminino residentes nos países ocidentais, verificando-se uma maior prevalência destas perturbações em zonas geográficas industrializados como a Europa, os EUA, a Austrália, a África do Sul ou o Japão, entre outros (Dunker & Philippi, 2003; Hay, 2002 citados por Giordani, 2006).

Em Portugal a prevalência desta doença é baixa comparativamente a países mais industrializados, no entanto, verifica-se uma tendência para um aumento do número de pessoas que sofrem desta perturbação, devido à grande influência que a cultura dos países mais industrializados exerce através dos media (Sampaio, Bouça, Carmo, & Jorge, 1999).

Neste sentido, a crescente preocupação de profissionais ligados à saúde e à educação face à anorexia, prende-se não só com o aparecimento galopante de novos casos, bem como com a forma como esta doença afecta gravemente o indivíduo, tanto a nível fisiológico, psicológico e emocional, como no plano social, determinando a sua qualidade de vida actual e futura (Saramago, 2006).

Emerge pois a necessidade de intervir promovendo hábitos alimentares saudáveis, e abordando directamente a questão da anorexia nervosa com os grupos mais vulneráveis e susceptíveis ao aparecimento desta doença. Atendendo a que o início desta perturbação se verifica maioritariamente na puberdade, são os jovens, maioritariamente do sexo feminino, que constituem um dos grupos alvo sobre o qual devem incidir as intervenções que visam a educação para a saúde, e especificamente a promoção de hábitos e comportamentos alimentares que previnam o proliferar de doenças como a anorexia.

Em populações com deficiência, as perturbações do comportamento alimentar surgem

1. Universidade de Évora. **gdsantosster@gmail.com**
2. APPACDM de Évora. **martasimoes52@hotmail.com**

muitas vezes associadas a comportamentos compulsivos e a um aumento de peso que leva muitas vezes à obesidade. No entanto, existem também algumas situações onde a anorexia nervosa é diagnosticada em jovens institucionalizados. Nestes casos, é habitual no nosso País, o encaminhamento e tratamento de forma semelhante ao da pessoa sem deficiência. É o tipo de intervenção na prevenção do aparecimento destas perturbações que se diferencia um pouco das intervenções face a grupos de pessoas sem deficiência, devido às necessidades de aprendizagem específicas desta população.

Acompanhando a tendência mundial, verifica-se um aumento de casos de anorexia nervosa no contexto institucional português, surgindo a necessidade premente de formação de técnicos e jovens acerca desta temática. A escassez de informação acerca da intervenção com jovens com deficiência mental e com anorexia nervosa, é um factor dificultante para os técnicos que trabalham com esta população e que afirmam sentir-se muitas vezes impotentes para responder a comportamentos e situações com que se deparam diariamente no trabalho com estes jovens.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, DEFICIÊNCIA MENTAL E ANOREXIA

Actualmente, a educação para a saúde e a prevenção de doenças do comportamento alimentar assume um carácter mais selectivo ao dirigir-se a grupos específicos, considerados de risco, e ao apostar na prevenção primária visando reduzir a prevalência de doenças como a anorexia em faixas etárias mais vulneráveis como a adolescência (Stice e Shaw, 2004 citados por Newton & Ciliska, 2006). Sendo a escola um espaço educativo privilegiado para o contacto com os adolescentes, grande parte destes programas desenvolvem-se neste contexto e assumem como principal objectivo a educação sobre a natureza e consequências que advêm de doenças do comportamento alimentar, lançando o debate sobre os efeitos nefastos de comportamentos de risco como a adesão a dietas restritas ou a métodos radicais de controlo de peso. Esta intervenção de cariz psico-educacional, enfatiza as consequências físicas e emocionais destas patologias, visando desta forma reduzir a prevalência de comportamentos menos saudáveis face à alimentação (Carter, Stewart, Dunn & Fairburn, 1997).

Devido à incapacidade de progressão a nível académico e profissional e apesar do incremento e desenvolvimento de uma perspectiva Inclusiva, muitos dos jovens com deficiência mental estão excluídos do sistema regular há vários anos verificando-se assim que o acesso a estes programas de Educação para a Saúde e mais especificamente de prevenção primária de doenças do comportamento alimentar fica em muito condicionado. No entanto, verifica-se que esta população apresenta grande prevalência de doenças comórbidas do foro psiquiátrico, bem como alterações de comportamentos relacionadas com a própria comida (Borthwick-Duffy, 1994). Deste modo, os programas que incidem sobre hábitos de alimentação saudável, revestem–se de particular importância ao nível da prevenção primária e da saúde mental destes jovens institucionalizados (Duker,1991; Munk e Repp, 1994 citados por Matson, Copper, Mayville & González, 2006), considerados como um grupo de risco onde se torna fundamental intervir.

A pouca incidência dos programas de educação para a saúde com jovens institucionalizados, pode dever-se em parte à fraca associação entre anorexia nervosa e deficiência mental. E embora existam casos documentados, é frequente assumir-se que as pessoas com deficiência mental não apresentam a complexidade cognitiva necessária para desenvolverem uma doença do comportamento alimentar como a anorexia nervosa (Hurley & Sovner, 1979; Raitasuo, Virtanen & Raitasuo 1998 citados por Dymek & Grange, 2002). Isto deve-se por um lado, à dificuldade na verbalização de emoções e pensamentos complexos, percepções da imagem corporal, crenças, objectivos e auto-estima existente em jovens com dificuldades a nível intelectual (Sovner, 1986 citado por Gravestock, 2003). Embora o diagnóstico de anorexia nervosa pressuponha esta

componente cognitiva, apresentando as pessoas com deficiência mental, alterações na compreensão do que está subjacente à sua patologia do comportamento alimentar, estas manifestam a capacidade de verbalizar que se sentem insatisfeitos com o seu corpo, recorrendo a métodos de controlo de peso, como os métodos purgativos. Aliando este facto, ao baixo peso corporal, à distorção da imagem corporal, à excessiva preocupação com o peso e formas corporais e com a existência de amenorreia nas raparigas, parecem ficar preenchidos todos os critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa (Dymek & Grange, 2002). A par da dificuldade de verbalização do jovem surgem também as dificuldades dos técnicos de saúde na realização de um diagnóstico diferencial nos casos de doença mental que envolvem desordens do comportamento alimentar em pessoas com deficiência mental ligeira.

Muitas vezes incapazes de responderem à terapia cognitiva frequentemente utilizada nos casos de anorexia (devido ao seu baixo nível de funcionamento intelectual), o trabalho com estes pacientes parece ser mais eficaz quando se utilizam programas concretos de reforço de comportamentos alimentares saudáveis (Dymek & Grange, 2002) privilegiando-se não só uma abordagem terapêutica mas também preventiva do aparecimento destas desordens.

Apesar de existir algum interesse nas práticas alimentares, peso e nutrição dos adultos com deficiência mental, a maioria das acções destinadas a esta população visam ainda, na sua maioria, a promoção de estilos de vida saudáveis, restringindo-se à implementação de hábitos como a aquisição de uma dieta equilibrada e a prática de exercício físico regular para pessoas com obesidade ou excesso de peso e não tanto a perturbações do comportamento alimentar como a anorexia nervosa (Fujiura et al, 1997; DOH, 2001 citados por Gravestock, 2003), embora o número de jovens com esta patologia tenha aumentado, alastrando-se a diversos países e populações. As investigações continuam, no entanto a reportar-se maioritariamente, à população jovem feminina sem deficiência mental.

UM PROJECTO NUMA APPACDM

O nosso projecto de intervenção ao nível da prevenção de problemas do comportamento alimentar em pessoas com deficiência mental, foi desenvolvido na APPACDM de Évora e surge como resposta a uma necessidade sentida pelos jovens institucionalizados, suas famílias e técnicos que os acompanham diariamente.

Nesta instituição, os jovens com deficiência mental diagnosticados com anorexia apresentam o tipo restritivo desta patologia, não recorrendo à ingestão compulsiva de alimentos e não apresentando regularmente episódios purgativos ou bulímicos. Os seus comportamentos visam alcançar a perda de peso através da não ingestão ou da ingestão da menor quantidade possível de alimentos. Tal como nos jovens sem deficiência verifica-se a recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao considerado normal para a sua idade e altura (na nossa amostra os IMC situam-se entre 15,70 e 17,52) aliado a um intenso receio de ganhar peso ou de engordar, mesmo quando já apresentam um peso muito inferior ao que seria esperado (*"Nem penso em comer, ainda não atingi o meu objectivo, tenho de conseguir chegar aos 45kg"*, *"Não como porque tudo me faz engordar, até a água"*, *"Olhe bem para mim, já viu como estou gordo, nem me fale em comida"*). A perturbação na apreciação do peso e forma corporal, denuncia a sobrevalorização destes aspectos na avaliação que a pessoa faz de si, adquirindo uma percepção distorcida do seu corpo na globalidade ou relativamente a algumas partes.

Interessantemente a maioria destes jovens escolheu o curso de Formação Profissional de Pastelaria da Instituição, e demonstram, à semelhança de grande parte das pessoas com anorexia nervosa, o gosto por cozinhar para os outros e fazer receitas que envolvam

alimentos com alto teor calórico (Caldera & Castro, 2000). São jovens descritos pelos formadores como muito responsáveis, perfeccionistas e com um grande nível de exigência para consigo, preocupando-se bastante com a com a avaliação que os outros fazem sobre si e sobre as tarefas que desempenham. Assumem uma postura de desvalorização pessoal e um sentimento revelador de uma baixa auto-estima ("*Acha que sou alguma coisa de jeito? Não sei fazer nada bem.", "Ninguém quer saber de mim", "Nunca vou conseguir fazer nada na vida, os meus projectos são um dia morrer").*

Investigações de Matson, Copper, Mayville & González (2006) evidenciam também uma correlação entre o comportamento de recusa da comida e as competências sociais das pessoas com deficiência mental, apresentando estas menos competências a este nível. Nos jovens com anorexia desta instituição, os formadores afirmam que paralelamente a um humor depressivo, manifestam uma faceta de irritabilidade, impulsividade e agressividade, o que concorre para que os seus relacionamentos sejam na sua maioria superficiais e dominados pela insegurança e incompreensão, levando consequentemente a uma situação de isolamento. Este afastamento parece ser procurado pelos próprios jovens ao evitarem as situações sociais de convívio e as tentativas de aproximação por parte dos colegas, frequentemente consideradas como ameaçadoras.

A perca de peso e o funcionamento rígido ao nível do pensamento e dos comportamentos apresentam uma correlação positiva, uma vez que a percepção do seu corpo se torna ainda mais distorcida (Duker & Slade, 2005). Após alguns dias sem ingerir alimentos, deixam de conseguir realizar qualquer tarefa a nível da formação profissional, verificando-se um comprometimento da sua capacidade produtiva que dificulta a aquisição das aprendizagens inerentes ao curso de formação e a sua progessão para inserção no mercado de trabalho. Todos estes aspectos da vida profissional e da própria condição física são desvalorizados, quer seja pela negação da doença, quer seja pela perspectiva da mesma como um ganho secundário, nomeadamente no que toca a uma maior aproximação com os pais ou com a obtenção de maior atenção sobre si.

Não existem ainda estudos concretos acerca da etiologia das patologias do comportamento alimentar em pessoas com deficiência, embora se perspective, tal como nas populações sem deficiência, uma problemática multifactorial onde os hábitos familiares, socioculturais e educacionais assumem um papel reforçante ou atenuante de uma predisposição, instalação e manutenção da anorexia nervosa (Oliveira & Santos 2006). Neste sentido e embora os primeiros sinais de anorexia possam surgir muitas vezes camuflados e de forma lenta, a sua identificação precoce é determinante para uma intervenção eficaz. Se habitualmente, em caso de doença já instalada, o apoio médio é feito maioritariamente pela família, nestes casos, a situação complexifica-se, dado que alguns destes jovens institucionalizados foram retirados à família. Neste caso o alerta terá de ser dado pelos técnicos que diariamente estão com o jovem.

METODOLOGIA

A necessidade emergente de intervenção não só com os jovens mas também com professores e técnicos que trabalham com jovens com deficiência levou-nos a desenvolver um pequeno projecto piloto de educação/intervenção na APPACDM de Évora que se sistematizou em dois momentos: uma primeira acção de formação destinada a formadores e técnicos e uma segunda acção de formação destinada aos próprios jovens.

1 - Acção de Formação para Técnicos

Esta acção surgiu como resposta a uma necessidade sentida por parte dos técnicos e formadores da Instituição, e desenvolveu-se em contexto grupal que se mostrou mais adequado à realização de aprendizagens, pois permitiu a emergência de habilidades latentes e o reforço de práticas positivas através de momentos de partilha de ideias acerca

de estratégias a implementar para a resolução de situações que envolvessem formandos com anorexia (Bowen *et al.*, 2004; Liebmann, 2000).

Esta acção de formação teve como principais objectivos o aprofundamento do conhecimento acerca da anorexia nervosa e a promoção nos participantes de um maior auto-conhecimento através duma vivência sensorial do próprio corpo (importante para a consciencialização e compreensão da ressonância interna desta problemática e das suas consequências na relação empática com o outro com dificuldades alimentares).

A acção iniciou-se com a componente vivencial em dinâmica de grupo (com a duração de 3h). Foram abordadas propostas (através de movimento corporal) que incidiam:

No desenvolvimento de uma maior consciencialização das possibilidades e limites do próprio corpo, explorando as suas vulnerabilidades e capacidades (ex: vivências por indução sentimentos de medo, insegurança e falta de controlo) ;

Na consciencialização e confronto da imagem externa (transmitida pelo e ao outro) e imagem interna que cada um tem do seu corpo;

Na relação entre a vivência da imagem do corpo e a auto-estima e necessidade de reforço desta última na pessoa com anorexia.

Num segundo momento, a acção de formação centrou-se nos aspectos teórico-conceptuais do tema, abordando pontos como a definição e clarificação de anorexia nervosa, sintomatologia e comportamentos associados, diagnóstico, tratamento e prognóstico. Este segundo momento, desenvolveu-se inicialmente com um período expositivo e posteriormente com debate , estabelecendo relações com as vivênvias do primeiro momento da formação, bem como com a partilha de vivências pessoais por parte dos formadores, visando a aquisição de estratégias e práticas para melhor intervir junto dos formandos.

2 - Acção de Formação para Jovens

Atendendo ao facto de que as abordagens teóricas com jovens com deficiência mental se têm mostrado pouco eficazes (as suas dificuldades no pensamento abstracto reforçam a importância das experienciação concreta para uma aprendizagens com sucesso) na presente acção de formação optámos unicamente por uma intervenção de cariz prático-vivencial, onde os vários conteúdos foram introduzidos em momentos de partilha e debate no decorrer das dinâmicas de grupo e das actividades práticas.

Esta acção de formação foi direccionada para os formandos que frequentam cursos de formação profissional na instituição - num total de 25 sub-divididos em dois grandes grupos.

Dado que numa primeira fase já tínhamos desenvolvido com este grupo de jovens um projecto sobre 'a importância de uma alimentação saudável', a actual intervenção teve como objectivos sensibilizar e consciencializar os jovens acerca das consequências de uma alimentação não saudável nomeadamente por dificuldades no comportamento alimentar como no caso da anorexia.

Procurou-se que a metodologia usada fosse adequada às especificidades de cada grupo, recorrendo-se maioritariamente a dinâmicas de grupo. As propostas vivenciais centraram-se:

- No conhecimento do próprio corpo, através de exercícios de movimento, quietude, relaxação e representação gráfica (individual ou em pares) que possibilitaram uma maior consciencialização das características individuais e exploração das próprias dificuldades e capacidades;

• Na consciencialização daquilo que o outro vê em si, através de um confronto entre a forma como os outros o perspectivam e a forma como cada um se perspectiva a si próprio - através de interacção diádicas em movimento e verbalizações;

• Na possibilidade de evocação e partilha de situações de agressividade e isolamento social presentes nestes jovens (Matson, Copper, Mayville & González, 2006), como elemento promotor de novas competências sociais.

Avaliação do Projecto

A avaliação deste projecto foi limitada por vários motivos: pelo tempo em que decorreu, pela dificuldade nas gravações vídeo que possibilitariam uma maior objectividade e pela não existência de folow-up. No entanto, para a compreensão e avaliação do impacto deste projecto procurámos obter dois tipos de avaliação/registo para cada indivíduo de cada grupo (de técnicos e de jovens): um registo verbal e um escrito.

Para o grupo dos técnicos as duas avaliações centraram-se numa perspectiva intra-individual, tendo sido realizada por cada indivíduo o registo das suas verbalizações no final da sessão (em exploração da questão 'como foi vivênciada por vós esta acção de formação') e o preenchimento de um instrumento de avaliação da acção.

Para o grupo dos jovens foram realizados dois tipos de avaliação, um intra-individual com o registo das verbalizações no final da sessão (com exploração adaptada do mesmo conteúdo que no grupo anterior) e um extra-individual com o preenchimento pela formadora de um instrumento de avaliação da sessão.

Avaliação da acção de Formação para Técnicos

A grande motivação e adesão por parte dos técnicos e formadores a esta acção de formação são indicadores da necessidade de formação *acerca das dificuldades alimentares, especificamente anorexia em populações com defici*ência e *podem* justificar em parte a avaliação positiva desta intervenção.

O acesso à informação e a promoção de momentos de partilha e debate acerca desta temática, conferiu a estes profissionais um sentimento de maior competência e *empowerment* face a uma situação para a qual sentiam não ter estratégias nem suporte para responder de forma adequada, permitindo-lhes gerir de uma outra forma os seus receios na interacção com jovens com esta problemática.

Os destinatários desta acção de formação reforçaram ainda a importância da vivência pessoal de algumas situações de insegurança e confronto através das dinânimas realizadas em grupo, como forma de compreender, ainda que de forma muito superficial, alguns sentimentos e comportamentos do *jovem*, promovendo nestes uma maior tolerância e uma abordagem diferente, no seu entender mais eficaz e benéfica para o *jovem*.

Avaliação da acção de Formação para Jovens

A intervenção junto do grupo de jovens foi pautada pela grande divergência de respostas face às propostas apresentadas. Os jovens, na sua maioria avaliaram a sessão como tendo decorrido de forma positiva, aderindo com interesse às actividades, excepto os jovens que apresentam algumas problemáticas a este nível.

Nos jovens diagnosticados com anorexia nervosa, foi vísivel um menor envolvimento no grupo e participação passiva nas tarefas. Os restantes elementos dos grupos mostraram-se interessados pela temática, partilhando as ideias e noções pré-concebidas acerca da doença, em muito provenientes do que lhe era transmitido pelos meios de comunicação e pelo contacto directo com colegas com anorexia, nomeadamente ao nível de comportamentos dos mesmos.

Ao nível da avaliação da sessão, estes jovens, pela sua pouca elaboração cognitiva, revelaram algumas dificuldades, nomeadamente na especificação e exemplificação de situações concretas que justificassem a sua opinião referindo maioritariamente *"gostei"* e *"não gostei"*. No que toca às aprendizagens verificou-se uma situação semelhante, pois os jovens (76%) afirmam ter aprendido algo novo, embora tenham dificuldade em nomear as aprendizagens que fizeram, sendo muitos (72%) *os que* apenas integraram um novo conceito "Anorexia", associando o mesmo à falta de alimento e a uma consequente aquisição de doença.

Embora 96% *dos* jovens tenham afirmado gostar de todas as dinâmicas, a actividade *" O Puzzle do corpo"*, (que consistia em completar um puzzle do seu corpo preenchendo as partes a seu gosto com diversos símbolos à escolha) foi a preferida pela maioria (32%) **dos que nomearam as suas actividades preferidas (40%).** No entanto, verificámos que os jovens com problemáticas relacionadas com o comportamento alimentar mostraram-se um pouco resistentes, recusando-se a construir o seu próprio corpo mas colaborando na construção do corpo dos colegas.

No primeiro grupo,(onde estavam os jovens com anorexia e/ou comportamentos inerentes a este distúrbio), verificou-se um maior conhecimento da temática, tornando a partilha e discussão mais participada e complexa. No entanto o menor envolvimento dos jovens com anorexia em algumas tarefas mais directamente relacionadas com a representação do corpo fez-nos reflectir sobre a necessidade de aprofundar as repercussões para os próprios destas vivências em grupo.

O segundo grupo, mostrou-se mais calmo e colaborante, aderindo bastante a todas as tarefas. No entanto, foi bastante menos crítico face à temática revelando, menos experiências pessoais e conhecimentos em relação à anorexia, restringindo-se a partilha final mais aos aspectos abordados pela formadora.

CONCLUSÕES

A realização deste projecto, permitiu-nos o aprofundamento e a confirmação da importância da generalização a todas as populações, nomeadamente às que não são abrangidas pelas escolaridade regular ou às que estão institucionalizadas (principalmente em faixas etárias de risco) dos programas de educação para a saúde, especificamente os que têm como objectivo a promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Embora existam algumas acções desenvolvidas em contexto institucional que visam os hábitos de alimentação nas populações com deficiência mental, estas acções parecem-nos reforçar alguma diferenciação, na medida em que se centram essencialmente sobre as questões da obesidade (mais frequente nesta população) mas esquecendo frequentemente a temática da anorexia (também já existente).

O desenvolvimento de programas específicos possibilitaria a estes jovens o acesso a programas de educação para a saúde de forma adaptada às suas necessidades (NEE), trabalhando competências pessoais e incidindo sobre o reforço de comportamentos alimentares saudáveis através de acções práticas mais do que sobre a aquisição de uma consciencialização das consequências a longo prazo das patologias do comportamento alimentar.

Paralelamente, seria também importante desenvolver acções a um nível mais amplo, junto dos intervenientes mais próximos desta população, como técnicos e familiares, permitindo não só informar e sensibilizar mas também desenvolver estratégias que permitam estabelecer hábitos alimentares saudáveis no contexto social e ambiental onde estão inseridos estes jovens

Relembrando a perspectiva holística da Pessoa, os contornos não definidos e interligados entre a Saúde física e psíquica, os limites por vezes ténues entre a abrangência da Educação e o nível primário e secundário de uma abordagem terapêutica, uma intervenção deste cariz remete-nos para uma área de confluência destes campos. A sua pertinência reforça-se quando se pensa em populações que à partida necessitam de ser lembradas para ser Incluidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.ª ed.). Trad. Almeida, J. N.; Lisboa: Climepsi Editores.

Borthwick-Duffy, S. A. (1994). *Epidemiology and Prevalence of Psychopathology in People With Mental Retardation.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, pp. 17-27.

Bowen, J., Jenson, W. & Clark, E. (2004). *School-Based Interventions for Students with Behavior Problems*. New York: Kluwer Academic.

Caldera, M. & Castro, F. (2000). *Prevenciónde la anorexia y la bulimia.* In Machado, C., Melo, M., Franco, V. & Santos, N. (2000). *Interfaces da Psicologia.* Vol. II. Braga. Lusografe.

Carter, J. C. , Steward, D. A., Dann, V. J. Fairburn, C. G. (1997). *Primary Prevention of Eating Disorders: Might it Do More Harm than Good?* International Journal of Eating Disorders, 22, pp. 167-172.

Dymek, M. & Grange, D. (2002). *Anorexia Nervosa with Comorbid Psychosis and Borderline Mental Retardation: A Case Report.* International Journal of Eating Disorders, 31, pp. 478-482.

Duker, M. & Slade, R. (2005). *Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa.* Edições CETOP.

Giordani, R. (2006). *A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica.* Psicologia & Sociedade, 18, 2, pp. 81-88.

Gravestock, S. (2003). *Diagnosis and classificationa of eating disorders in adults with intellectual disability: the Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with adults with Learnig Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) approach.* Journal of Intellectual Disability Research, 47, 1, pp, 72-83.

Liebmann, M. (2000). *Exercícios de Arte para Grupos*. São Paulo: Summus Editorial.

Matson, J. L., Cooper, C. L., Mayville, S. B. & González, M. L. (2006). *The relationship between food refusal and social skills in persons with intellectual disabilities.* Journal of Intellectual & Developmental Disability, 31, 1, pp.47-52.

Newton, M. S. & Ciliska, D. (2006). *Internet-based Innovations for the Prevention of Eating Disorders: a Systematic Review.* Eating Disorders, 14, pp. 365, 384.

Oliveira, E. A. & Santos, M. A. (2006). *Perfil Psicológico de Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas: a Óptica do Psicodiagnóstico.* Medicina, Ribeirão Preto, 39, 3, pp. 353-360.

Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I., & Jorge, Z. (1999), "Dicionário". Disponível onlineem:http://www.fch.unl.pt/cadeiras/ciberjornalismo/ciber2000/anorexia/dicionário.htm.

Saramago, P. (2006). *Perturbações do Comportamento Alimentar*. Seminário (Comunicação Pessoal). Évora: APPIC.

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

SAÚDE ORAL

O IMPACTO DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO EM SAÚDE ORAL EM INSTITUIÇÕES PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Maria de Fátima Bizarra[1]

Resumo

Este estudo pretendeu avaliar as intervenções de promoção de saúde oral nas instituições com pessoas com deficiências mentais e motores. Procurou-se identificar as expectativas, as motivações, e as maiores dificuldades dos pais na execução da higiene oral. Os pais foram avaliados através de inquérito com auto-preenchimento. 89,8% dos inquiridos tinham conhecimento e avaliaram positivamente os programas de saúde oral. De referir que 37,5% da população é completamente dependente dos pais para a execução da escovagem diária, em que a dificuldade mais sentida é na abertura da boca para 32,4% dos inquiridos. Estes programas visam a melhoria das condições orais das pessoas com deficiência, aumentando sua qualidade de vida.

Palavras-chave

Programas de saúde oral na deficiência; avaliação de programas; familiares cuidadores.

INTRODUÇÃO

Durante muitos anos as pessoas com deficiência e as respectivas famílias viviam a deficiência como uma fatalidade e com sentimentos de culpa. A partir do momento em que a deficiência ao invés de ser conhecida como uma incapacidade do indivíduo, passou a ser interpretada como o resultado de um conjunto de condições, muitas das quais, produzidas pelo próprio ambiente social, é que foi possível valorizar e reconhecer os direitos humanos destas pessoas, bem como a responsabilização da sociedade.

Em relação à saúde oral esta acompanhou a evolução histórica da deficiência, sendo os tratamentos dentários realizados apenas em situações extremas e de forma abusiva como experimentação humana (Lange, Entwistle e Lipson, 1983).

A saúde oral das pessoas com deficiência é de extrema importância para o seu bem-estar, reabilitação e aceitação social. Esta pode ser afectada não só pela sua incapacidade física, mas também pela patologia que lhe está associada, ou mesmo, pela medicação que acarreta eventuais efeitos secundários na cavidade oral. A falta de serviços médicos específicos e de técnicos especializados, contribui para o agravar das situações orais. Quando existe falta de dentes, estes geralmente não são repostos, condição que vai influenciar negativamente quer a alimentação, a digestão, a fala e principalmente, a auto-estima do indivíduo.

A doença periodontal e a cárie dentária são consideradas as principais doenças da cavidade oral que têm como etiologia, a acumulação de placa bacteriana. A sua remoção torna-se extremamente importante, na medida em que evita o aparecimento ou o agravamento destas patologias, especialmente em pacientes com deficiências mentais ou motoras.

Muitos estudos foram desenvolvidos ao longo dos últimos anos, em clínicas e em

1. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. **fatima.bizarra @sapo.pt**

instituições para pessoas com deficiência. Os estudos são unânimes em defender que é necessário uma intervenção contínua e sistemática do controlo de placa bacteriana, para que ocorra uma redução das doenças orais (Adiwoso e Pilot, 1999; Lange, et al 2000; Shaw e Shaw 1991; Shyama et al 2003).

A introdução de programas preventivos em instituições desenvolvidos pelo pessoal técnico e auxiliar, pode melhorar significativamente a saúde oral. No entanto, é essencial que esta melhoria seja monitorizada ao longo do tempo. O auto-cuidado das pessoas com deficiência, deve ser estimulado e desenvolvido diariamente, para que haja uma maior autonomia.

Apesar da eficácia dos programas de prevenção de saúde oral nas pessoas com deficiência estar comprovada, muitas pessoas por razões físicas e/ou mentais são incapazes de manter um nível adequado de higiene oral dependendo de outros para a manutenção da sua higiene diária. Para isso, os cuidadores devem estar motivados para cumprir os procedimentos de higiene oral diários com qualidade satisfatória (Christensen et al, 2005; Stiefel et al. 1984).

Num estudo feito por Glassman e Miller (2006) em que foram avaliados os efeitos do treino da escovagem, as instruções dadas e a supervisão dos cuidadores durante as sessões de escovagem, foi possível verificar que os níveis de placa bacteriana desciam. A literatura evidencia que o papel dos cuidadores é fundamental para a melhoria da condição oral, no entanto nas actividades do dia a dia a higiene oral não é uma prioridade.

Cumella et al (2000) defendem que a saúde oral das pessoas com deficiência depende em grande parte dos conhecimentos, atitudes e práticas dos seus cuidadores, quer sejam familiares, quer sejam os funcionários das instituições. Quando os cuidadores têm receio de ir ao dentista, ou não gostam de escovar os dentes, mostram-se mais relutantes em lidar com as necessidades dentárias das pessoas com deficiências ou apoiá-los nas idas ao dentista.

Os pais devem também ser envolvidos nos programas de sensibilização em saúde, pois são eles quem influenciam directamente os seus filhos. As famílias influenciam a saúde oral dos seus membros através de factores biológicos, comportamentais, da literacia em saúde, e das crenças culturais (Weintraub, 2007). Outros factores que influenciam podem ser as características pessoais do cuidador como sejam a idade, estado civil e motivação, o grau de incapacidade de quem cuidam (Reina, 2005).

Estes programas têm como principais objectivos implementar hábitos de higiene oral diários, reduzir os problemas orais desta população, aumentar o auto-cuidado dos jovens face à sua higiene oral, motivar pais e técnicos para a importância da saúde oral e, também, sensibilizar os alunos do curso de Higiene Oral para o tratamento desta população.

O objectivo deste trabalho é apresentar os resultados da avaliação dos pais de pessoas com deficiência, da intervenção dos higienistas orais em programas de prevenção de saúde oral.

MATERIAIS E MÉTODOS

As actividades de prevenção em saúde oral decorreram em sete instituições abrangidas nos últimos 3 anos. As acções foram desenvolvidas durante um semestre com acções semanais.

Todos os pais foram informados da existência dos programas através de uma circular informativa da instituição. Nesta circular, foi em alguns casos, feito o pedido de autorização para participação dos educandos no programa. Posteriormente, foi enviada pelos executores do programa outra informação por escrito a comunicar a data de uma

reunião (quase sempre em horário pós-laboral) e que na mesma seria feita a informação personalizada do estado de saúde oral do educando.

O questionário de auto-preenchimento foi constituído por 18 perguntas agrupadas em quatro dimensões:

- 1. Caracterização dos cuidadores dos deficientes, que engloba itens como: o grau de parentesco com o deficiente, nível de escolaridade, idade e caracterização dos educandos como seja, idade, e a deficiência e/ou patologia.
- 2. Comunicação existente entre os técnicos de saúde oral e os pais no decorrer dos programas (pergunta de resposta sim/não).
- 3. Hábitos de higiene oral e maiores dificuldades na sua execução (resposta sim, não e frequência).
- 4. Importância dada ao estado de saúde oral (escala variável entre muito bom e muito mau).

As perguntas maioritariamente eram fechadas com escolhas múltiplas, exceptuando o grupo da segunda dimensão que tinha perguntas abertas, para que as suas opiniões pudessem ser expressas. Era permitido igualmente assinalar uma ou mais respostas em algumas questões.

Foi efectuado o pré-teste a 8 pais que têm os filhos em instituições onde já tivesse decorrido um programa de saúde oral, mas que não fizesse parte da investigação. Posteriormente, foi reformulado e adaptado, obtendo-se a versão final.

Os questionários foram entregues nas instituições e distribuídos aos pais, e obtivemos uma resposta de 63,2% da totalidade de questionários entregues.

RESULTADOS

Os programas abrangeram 486 utentes com diversas deficiências, sendo as mais prevalentes a deficiência mental, a paralisia cerebral, Trissomia 21, o Autismo e as dificuldades de aprendizagem, a idade variava entre os 7 e os 58 anos com uma média de 30,8 anos. Em relação ao seu estado de saúde oral 237 apresentavam cárie dentária e 329 doença periodontal. Quando ao grau de dependência 127 dependiam de outrem para a execução da sua higiene oral. Neste trabalho definimos como cuidadores as pessoas que são geralmente quem executa ou supervisiona a higiene oral diariamente do grupo alvo.

Dos 486 utentes que frequentaram as instituições que foram objecto de estudo, 165 são internos sendo muitos inteiramente dependentes da instituição, por não terem familiares, ou por estes já não terem condições para cuidar deles. Cerca de 20 utentes não têm encarregado de educação por serem autónomos. Assim, dos 301 questionários enviados, obtivemos resposta de 60,5% (182) dos familiares, sendo a mãe, na maior parte dos casos, a cuidadora. As idades variam entre os 29 e os 80 anos, com uma média de 56,1 anos. O seu grau de escolaridade é variável e concentra-se abaixo da escolaridade mínima obrigatória.

FAMILIARIDADE RELATIVAMENTE AO PROBLEMA

Das 176 pessoas inquiridas 89,8% responderam que tinham conhecimento do programa, mas apenas 51,1% tinham assistido a uma reunião de prevenção em saúde oral. Quando questionados sobre os aspectos mais marcantes da comunicação entre os técnicos de SO e os pais, 38,6% indicaram ser as demonstrações práticas que fizeram e 35,2% dos casos os ensinos teóricos que realizaram.

Para se poder analisar se as reuniões foram benéficas, questionou-se sobre se fizeram a transposição para a prática do que foi transmitido nessas reuniões tendo 54,5% (96) respondido afirmativamente.

PERSPECTIVA DOS CUIDADORES SOBRE AS PRÁTICAS DE HIGIENE ORAL

A influência da família sobre os seus membros é bastante importante, não só através de factores biológicos como também de factores comportamentais nas suas interacções com os outros. Weintraub (2007) no seu estudo reforça que pessoas que vivem anos juntas, têm os mesmos hábitos de higiene oral e de alimentação, frequentam o mesmo dentista e têm o mesmo estilo de vida.

Sendo a escovagem o meio mais eficaz e fácil de prevenir as doenças orais, as intervenções de saúde oral devem reforçar, incentivar e facilitar esta prática, que, por vezes, é tarefa muito complicada para estes utentes.

Apesar de neste trabalho não ser feita a relação entre os hábitos de higiene oral dos pais e dos filhos, mas sabendo que alguns deficientes precisam de ser recordados ou mesmo ajudados na sua execução, tentou-se averiguar se a escovagem era realizada, respondendo 92,3% dos inquiridos afirmativamente. Esta é efectuada pelos próprios sem qualquer ajuda em 35,8% dos casos e para 37,5% dependem completamente de outrem para a sua realização.

Para 39,8% dos inquiridos não existe nenhuma dificuldade na execução da escovagem. Dos inquiridos que revelaram ter dificuldades na execução da escovagem 32,4% (57) dos casos, é referente à dificuldade que os cuidadores têm em abrir a boca dos jovens para a execução da higiene oral.

CONCLUSÃO

Para o sucesso dos programas de prevenção das doenças orais é necessário que os pais estejam envolvidos e motivados para a execução das medidas preventivas, pois só assim se consegue alcançar benefícios a longo prazo. As respostas aos questionários foram efectuadas por pouco mais de metade dos pais abrangidos por este estudo. Este facto pode dever-se à idade avançada de alguns pais, ao baixo nível de escolaridade dos cuidadores, à baixa literacia em saúde, e ao "cansaço" dos pais dos deficientes mais profundos. De uma forma geral os familaires consideram as intervenções positivas, tanto em termos de comunicação, como no que respeita aos meios audiovisuais utilizados.

Um dos objectivos desta investigação foi avaliar se as reuniões de pais para esclarecimentos das doenças orais e os seus meios de prevenção, foram pertinentes e vantajosas. Os pais referiram que foram uma mais valia na execução da escovagem, que é sempre a prática mais difícil de efectuar em deficientes mais profundos.

A saúde oral em Portugal ainda não é suficientemente valorizada pela maioria da população. O elevado número de pessoas com cárie dentária, falta de dentes ou doenças periodontais revela bem esta situação. Nas pessoas com deficiência as doenças orais podem ser agravadas não só devido às suas limitações físicas, como à falta de recursos humanos, económicos e físicos para os tratamentos adequados.

BIBLIOGRAFIA

Adiwoso, A. e Pilot, T. (1999). Results of oral health and hygiene education in an institution for multiple handicapped children in Indonesia. International Dental Journal, 49, 82-89.

Christensen, L.B., Hede, B. e Petersen, P.E. (2005). Public dental health care program for persons

with disability. Acta Odontologica Scandinavica, 63 (5), 278-283.

Cumella, S., Ransford, N.; Lyons, J. e Burnham, H. (2000). Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. Journal of Intellectual Disability Research, 44(1), 45-52.

Glassman, P. e Miller, C.E. (2006). Effect of preventive dentristry training program for caregivers in community facilities on caregiver and client behaviour and client oral hygiene. N Y State Dentristry Journal, 72 (2), 38-46.

Lange, B., Cook, C., Dunning, D., Froeschle, M.L. e Kent, D. (2000). Improving the oral hygiene of institutionalized mentally retarded clients. The Journal of Dental Hygiene, 74, 205-209.

Lange, B.M., Entwistle, B.M. e Lipson, L.F. (1983). Dental Management of the Handicapped: Approaches for Dental Auxiliaries. Philadelphia: Lea & Febiger.

Reina, P. e col (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. Pediatrics, 115(6), 626-636.

Shaw, M.J. e Shaw, L. (1991). The effectiveness of differing dental health education programmes in improving the oral health of adults with mental handicaps attending Birmingham adult training centres. Community Dental Health, 8, 139-145.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A HIGIENE ORAL: UMA EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO A NÍVEL INDIVIDUAL E A NÍVEL COMUNITÁRIO

Henrique Luis[1], Victor Assunção[1], Morgado I[1], Mário Bernardo[1], Michael Martin[2], Jorge Leitão[3] & Timothy A. DeRouen[3]

Resumo

Actividades clínicas e comunitárias de educação para a saúde oral foram desenvolvidas abrangendo os participantes num ensaio clínico assim como os colegas de turma das escolas que frequentavam. O sucesso das actividades clínicas e comunitárias foi avaliado por parâmetros clínicos, pela participação e pelas respostas dos professores a um questionário As actividades clínicas resultaram na redução em 25,7% na acumulação de placa bacteriana. Nenhum aluno ou professor recusou a participação nas actividades. A maioria dos professores reconheceu a importância da existência do programa, o facto de os alunos e eles próprios terem adquirido novos conhecimentos e revelaram-se satisfeitos com a metodologia utilizada. Programas de educação para a Higiene Oral são eficazes na educação do indivíduo e na prevenção de doenças orais.

Palavras-chave

Higiene oral; educação de saúde; programas comunitários.

INTRODUÇÃO

Actividades clínicas e comunitárias de higiene oral foram desenvolvidas para promover a saúde oral e educar para a saúde 507 crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos, que participavam num ensaio clínico promovido pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa e a University of Washington em Seattle nos EUA.

Estas actividades tiveram início em 1997 e duraram até 2005, num total de 8 anos, tendo sido planeadas após os investigadores terem observado os maus hábitos de saúde oral da maioria das crianças e a necessidade urgente de intervir pedagogicamente para promover a saúde.

Das 507 crianças que iniciaram o estudo, 353 ainda participavam nas actividades desenvolvidas em 2005.

O trabalho do Higienista Oral pode ser desenvolvido em dois campos de actuação: a clínica e a comunidade, no entanto possuem um objectivo comum: a educação para a saúde oral e a prevenção das doenças orais.

O higienista oral quando desenvolve actividades clínicas interage directamente com o indivíduo educando-o para atingir melhores níveis de saúde e motivando-o à aquisição de hábitos correctos de saúde oral. O trabalho comunitário abrange grupos de indivíduos e inclui o planeamento, implementação e avaliação de programas comunitários no âmbito da prevenção primária, ajudando a população com quem trabalha a obter e manter bons níveis de saúde oral e a adquirir conhecimentos de saúde.

1. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. **henrique.luis@fmd.ul.pt**
2. University of Washington, Seattle, USA
3. Universidade Católica Portuguesa

A prevalência da cárie dentária nas crianças em idade escolar está bem documentada. Uma avaliação do estado de saúde oral de crianças portuguesas em idade escolar, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos de idade foi efectuada em 1999 e mostrou uma prevalência de cárie dentária de 46,9% aos 6 anos de idade e de 52,9% aos 12 anos de idade. Este mesmo estudo mostrou que 90% das crianças, aos 12 anos, tinham má higiene oral (Almeida, Peterson, André, & Toscano, 2003).

O processo de formação de lesões de cárie dentária é bem conhecido e consiste num processo dinâmico de desmineralização e remineralização do esmalte dentário. Este processo pode ser interrompido pela intervenção em diversos factores que o influenciam, reduzido o processo patológico ou aumentando os aspectos de protecção (Featherstone, 2004).

Estes factores de protecção podem ser potenciados pela intervenção do Higienista Oral, quer em ambiente clínico quer em ambiente comunitário. Os programas comunitários de educação e promoção de saúde oral são fundamentais para a prevenção da cárie dentária. As actividades desenvolvidas de forma regular na sala de aula (instrução de escovagem e realização quinzenal de bochechos de flúor) têm demonstrado ser meios efectivos para a promoção da saúde oral (Mejáre et al. 2003).

Este tipo de programas deve, idealmente desenvolver-se ao longo do ciclo inicial de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam. O grupo populacional constituído por crianças e jovens apresenta diversas vantagens para estes programas de educação e promoção de saúde oral, na realidade, este tipo de actividades representa uma excelente oportunidade para se poderem criar hábitos de saúde oral duradouros e com consequências positivas na vida futura. O facto de se implementarem nas escolas também constitui uma vantagem, pois não existe melhor local para trabalhar com o grupo alvo do que a instituição escolar, uma vez que esta desempenha um papel fundamental na formação do indivíduo o que nos permite potenciar a redução de cárie dentária (Kitchens, 2005).

Para o desenvolvimento de actividades de Higiene Oral nas escolas todos os agentes educativos devem estar envolvidos. Os professores são um elemento-chave para o sucesso de um programa, somente com o seu apoio e participação, assim como dos auxiliares de educação, pode ser transmitida aos alunos a informação necessária a alterações comportamentais que resultem na promoção de saúde. Está referido na literatura que os professores aceitam responsabilidades em educar para a saúde oral mas rejeitam responsabilidades administrativas inerentes a um programa (Kitchens, 2005), por essa razão é importante uma boa articulação com os professores no planeamento de actividades, pois também é conhecido o facto de que o uso de tempo de aula para as actividades de saúde oral é um dos motivos para a perda de colaboração dos professores num programa implementado em escolas (Sgan_Cohen, Saadi, & Weissman, 1999).

A realização de acções de informação sobre o programa é crucial para garantir a colaboração dos professores (Lang, Woolfolk, & Faja, 1989) e melhorar os seus conhecimentos e atitudes perante a saúde oral (Glasrud & Frazier, 1988). A atitude e conhecimentos dos professores influenciam a forma como a informação de saúde oral é transmitida aos alunos e a sua motivação para participar no programa.

O objectivo deste trabalho é o de apresentar as actividades, resultados e avaliação de um programa de educação e promoção de saúde oral desenvolvido por Higienistas Orais em ambiente clínico e comunitário.

MATERIAIS E MÉTODOS

O Programa de Educação para a Higiene Oral

As actividades de educação para a Higiene Oral decorreram segundo dois campos de intervenção, a clínica de Higiene Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa e os Colégios da Casa Pia de Lisboa, onde se desenvolvia a vertente comunitária deste programa.

Após aprovação pela Comissões de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa e da University of Washington; da assinatura de um consentimento informado por parte dos pais e encarregados de educação das crianças e de ter sido obtido o seu assentimento de participação no trabalho que estava a ser desenvolvido, as crianças recebiam uma consulta de Higiene Oral.

Na consulta de Higiene Oral, realizada anualmente para todos os participantes no estudo, forma realizadas actividades que incluíram um rastreio dentário para avaliação da saúde oral, aplicações de selantes de fissura e aplicações tópicas de flúor. Diversos meios auxiliares de ensino foram utilizados durante as actividades de educação individual de saúde oral tais como escova e boca gigante, panfletos e aplicação de corante para a visualização da placa bacteriana.

As actividades comunitárias desenvolveram-se nos colégios onde os participantes no estudo desenvolviam as suas actividades escolares e abrangeram todos os alunos das turmas onde os participantes estavam inscritos. O número máximo, num ano lectivo, de turmas abrangidas foi de 63 turmas e 1300 alunos. Actividades didácticas foram desenvolvidas na sala de aulas e consistiram em acções de formação sobre placa bacteriana, cárie dentária, gengivite, doença periodontal, flúor, alimentação equilibrada, escovagem e utilização de fio dentário. Especial atenção foi dada à adaptação da linguagem à idade das crianças de modo a que a mensagem educacional fosse compreendida.

Anualmente, uma actividade de motivação e educação foi realizada para toda a escola com a colaboração de todos os professores, educadores e alunos, tendo lugar jogos e actividades lúdicas relacionadas com a Higiene Oral tais como concursos de desenhos com entrega de prémios aos vencedores. Meios audiovisuais de apoio às actividades foram criados e incluíam: teatros de fantoches, vídeos, modelos gigantes da boca e dentes, canetas, *t-shirts*, calendário e horários escolares, entre outros.

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A HIGIENE ORAL

A avaliação das actividades clínicas foi realizada pelo registo do índice de história presente e passada de cárie dentária (C.P.O. de Klein, Palmer & Knutson, 1938) e o registo de presença de placa bacteriana nas superfícies dentárias (Plaque Control Record de O'Leary, Drake & Naylor, 1972).

A avaliação deste tipo de programas comunitários é essencial para o seu desenvolvimento e planeamento de actividades futuras. Um aspecto importante que deve ser conhecido é a opinião dos professores. O programa de educação para a Higiene Oral foi avaliado através de um questionário aplicado a professores que colaboraram com o Higienista oral na implementação das actividades comunitárias

RESULTADOS

Actividades Clínicas

As actividades clínicas de educação para a saúde, num total de 4073 consultas, resultaram na redução em 25,7% na acumulação de placa bacteriana. Registaram-se

elevados níveis de presença dos participantes nas consultas, o que pode ser explicado pelo facto da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa disponibilizar transporte, de e para, as instalações da faculdade.

ACTIVIDADES COMUNITÁRIAS

Actividades comunitárias abrangeram um número máximo, anual, de 63 turmas e 1300 alunos. Em média 14 acções de educação sobre temas de saúde oral foram realizadas em cada turma, anualmente. A avaliação destas actividades foi realizada pela observação da participação dos alunos nas acções de formação e pelas respostas dos professores envolvidos nas actividades a um questionário de avaliação.

Foi utilizado um questionário com 22 questões, divididas em 3 categorias. A primeira categoria com 8 questões consistia na informação demográfica (idade, sexo, anos na profissão, estatuto profissional e duração de colaboração no programa) que permitiu fazer a caracterização dos professores. A segunda categoria de questões abordava a avaliação do programa por parte do professor e as suas 7 questões focavam a relevância e valor das actividades. Finalmente a terceira categoria, composta por 7 questões relativas à satisfação dos professores com a metodologia utilizada no desenvolvimento do programa. Os resultados encontram-se publicados na forma de artigo numa revista internacional (Assunção e tal., 2008).

Nenhum aluno ou professor recusou a participação nas acções do programa. Para 92% dos professores a existência do programa foi positiva, tendo 88% referido que acreditavam que as actividades do programa de educação de saúde oral tinham mudado os conhecimentos e hábitos de higiene oral dos alunos. 44% dos professores referiram terem adquirido conhecimentos novos de saúde oral, 76% dos inquiridos referiram estar satisfeitos com a metodologia utilizada para o desenvolvimento do programa escolar de Higiene Oral.

CONCLUSÃO

Actividades de educação para a Higiene Oral podem ser eficazes na educação do indivíduo e na prevenção de doenças orais. A possibilidade de realizar em simultâneo actividades clínicas e comunitárias de Higiene Oral não é muito comum, mas pode potenciar resultados de promoção de saúde e prevenção de doença. A avaliação das actividades por parte dos intervenientes é fundamental para o sucesso da mesma e definição de alterações a efectuar em actividades futuras.

O envolvimento dos professores, educadores e direcção escolar levou à introdução do tema da saúde oral nas aulas e nos projectos didácticos desenvolvidos pelas escolas. Esperamos que após este programa o tema da educação para a saúde oral continue a estar presente de modo a influenciar os futuros alunos das escolas onde desenvolvemos as nossas actividades.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, C.M., Peterson, P.E., André S.J., & Toscano, A. (2003). Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dental Health, 20*(4), 211-216.

Featherstone, J. (2004). The continuum of Dental Caries - Evidence for a dynamic disease process. *Journal of Dental Research, 83*(Spec Iss C), C39-C42.

Mejáre, I., Lingström, P., Peterson, L.G., Holm, A-K., Twetman, S., & Källestål, C. (2003). Caries-preventive effect of fissure sealants: a systematic review. *Acta Odontologica Scandinavia, 61*, 321-330.

Kitchens, D.H. (2005). The economics of pit and fissure sealants in preventive dentistry: a review. *Journal of Comtemporany dental Pracice, 6*(3):95-103.

Loupe, M.J., & Frazier, P.J. (1983). Knowledge and attitudes of Schollteachers toward health programs and preventive dentistry. *Journal of the American Dental Association, 107*(2):229-34.

Sgan_Cohen, H.D., Saadi, S., & Weissman, A. (1999). Dental Knowledge and attitudes among arab school teachers in northen Israel. *International Dental Journal 49*(5):269-74.

Lang, P., Woolfolk, M.W., & Faja, B.W. (1989). Oral health knowledge and attitudes of elementary schoolteachers in Michigan. *Journal of Public Health Dentistry 49*(1):44-50.

Glasrud, P.H., & Frazier, P.J. (1988). Future elementary schoolteachers' knowledge and opinions about oral health and community programs. *Journal of Public Health Dentistry 48*(2):74-80.

Assunção, V.A., Luis, H.S., Bernardo, M.F., Martin, M.D., Leroux, B., DeRouen, T.A., & Leitão, J.M. (2008). Evaluation of a 7-year school-based community dental hygiene programme in Portugal by high school teachers. *International Journal of Dental Hygiene 6*(1):37-42.

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

SEXUALIDADE E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A EDUCAÇÃO SEXUAL NUMA ESCOLA DO 3.º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Amália Sousa Costa[1]

Resumo

Através de um estudo exploratório e descritivo pretendemos, identificar o que representa a educação sexual na escola para alunos e professores do 3.º ciclo e para os pais dos alunos, tendo como eixos orientadores o conceito de sexualidade, as atitudes face à sexualidade e o conceito de educação sexual, para cada grupo. Encontramos uma ES vocacionada para a promoção da saúde e reconhecida como necessária na escola por poder contribuir para o equilíbrio afectivo e sexual dos alunos, por ser um complemento à educação dos pais. É importante para o desenvolvimento do adolescente porque proporciona a aquisição de conhecimentos, a elaboração de sentimentos e atitudes e promove o desenvolvimento de capacidades. A Educação Sexual é "um direito que nos assiste" e "faz parte do desenvolvimento harmonioso do jovem". A Educação Sexual deve ser da responsabilidade conjunta de pais, professores e profissionais de saúde e deve estar no projecto educativo da escola. Deve ser abordada de uma forma intencional e sistematizada, por professores que se sintam preparados para falarem de assuntos relacionados com a sexualidade.

Palavras-chave

Sexualidade; educação sexual; escola.

A sexualidade nos seus múltiplos e variados aspectos é um tema que tem merecido a atenção de vários autores das ciências sociais e humanas, ao longo das últimas décadas.

Apesar de permanecer, para muitos, como um tema *tabu*, por envolver aspectos do foro íntimo e pessoal, a verdade é que de acordo com a literatura, a sexualidade tem vindo, progressivamente, a tornar-se uma das áreas chave para a compreensão de diversos fenómenos que ocorrem no tecido social e nas transformações que marcaram o século XX. Foulcaut (1976) relaciona as analogias da sexualidade com o "saber" e o "poder", Giddens (1995) dá ênfase à importância da sexualidade na definição da identidade pessoal na sociedade contemporânea.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a sexualidade tem influência sobre sentimentos, comportamentos e interacções do ser humano, sendo uma área de grande importância no desenvolvimento dos indivíduos, uma vez que evidencia o modo como cada um se relaciona consigo próprio e com os outros, na procura de amor, contacto e intimidade (OMS citado por Nodin, 2001).

A sexualidade é uma das características humanas mais determinadas e moldadas pelo processo de socialização, para a qual a família e a escola, como espaços de aprendizagem, têm um papel fundamental; o que somos, pensamos, fantasiamos e desejamos ao nível sexual é fruto de um contínuo de aprendizagens, interacções e reflexões que ocorrem em todos os ciclos da vida e actividades humanas. Daí que o conceito de sexualidade, seja objecto de múltiplas interpretações.

Firmada em base biológica, desenvolvida na convivência social e alimentada pela imaginação, a sexualidade é *"uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos*

1. **amália_sousa_costa@hotmail.com**

e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso influencia também a nossa saúde física e mental" (OMS, Citado por Frade *et al*, 2001:16).

A história de cada ser humano é um projecto a ser construído e não é possível construir primeiramente um corpo e, somente, depois um corpo sexuado.

A sexualidade constitui uma necessidade social básica e o seu direito, na plenitude dos seus aspectos, é inalienável ao ser humano como o é, o direito à vida, à liberdade, à justiça, à educação, ao trabalho e à saúde. Para Vilar, a sexualidade "é uma dimensão do corpo, da vida, do relacionamento interpessoal e das dinâmicas sociais, potencialmente geradora do bem-estar, de crescimento, de auto-realização mas também e, simultaneamente, de conflitos e sofrimentos" (Vilar, 2003:14). Assim, a sexualidade pode converter-se em prazer e bem-estar, em comunicação e afecto, em fonte de equilíbrio e harmonia para a pessoa, contribuindo para o enriquecimento da personalidade e para o desenvolvimento do vínculo com os outros (López e Fuertes, 1999).

A sexualidade constitui um caso particular das interacções humanas, pelo que a sua compreensão nos remete para mecanismos gerais que regulam o comportamento humano, isto significa, que o comportamento sexual é fruto de uma construção social e não apenas o resultado ou a manifestação de um instinto natural e interior ao organismo (Pacheco, 1998).

A sexualidade é construída ao longo da vida, sendo parte integrante da nossa identidade. Está mediatizada por tudo o que somos como pessoas e, por sua vez, influencia os nossos esquemas mentais, os nossos pensamentos, os nossos afectos e os nossos comportamentos. Envolve processos fisiológicos e psicológicos e constitui uma dimensão do quotidiano das relações humanas. É uma dimensão humana que de forma consciente ou inconsciente, implícita ou explícita, privada ou pública, por vezes, reprimida e oculta, porém nunca eliminada. O social e o sexual, constituem-se dimensões do mesmo fenómeno; o ser humano (Medero, 1991).

A sexualidade existe desde o nascimento e prolonga-se até ao fim da vida do ser humano, é longo percurso sujeito à influência de numerosos factores e a particularidades do desenvolvimento e maturação física e psico-afectiva (Frade e tal, 2001; GTES, 2007 b).

Assim, cada pessoa desenvolve a sua própria sexualidade corporal que se irá tornar a base da sua identidade e inscrever-se num contexto cultural através do processo de socialização nesse mesmo meio. Numa perspectiva conceptual, não somos homens e mulheres, vamo-nos construindo como tal (Zapiain, 2002).

O processo de desenvolvimento dos adolescentes implica a realização de várias tarefas para atingirem a autonomia. São elas: a modificação da relação com os pais, a modificação da relação com os companheiros a consolidação da identidade sexual, a construção da identidade pessoal e o estabelecimento de um sistema de valores. Para que elas se concluam com êxito será importante, não só as relações com o grupo de pares mas também, a relação com a família e a escola (Sampaio, 1987).

A forma como cada adolescente vive a sua sexualidade é marcada pela qualidade dos estímulos que recebe, bem como, pela forma como as transformações típicas da adolescência ocorrem. Nessas transformações e estímulos, envolve-se o processo de descentração em relação aos pais e à família de origem. O êxito da resolução deste processo, está dependente de como decorre o estabelecimento de relações afectivas e de identidade com os pares do mesmo sexo e ainda, o estabelecimento de relações afectivas com o sexo oposto. Os adolescentes têm uma vida afectiva e sexual, que toma diferentes formas em função da evolução das circunstâncias e da evolução pessoal.

A importância da sexualidade no desenvolvimento humano e a educação sexual emergem com ênfase, dada a sua relação com a própria condição humana. Considera-se que a sexualidade envolve todas as manifestações do indivíduo no seu percurso de vida, englobando o papel sexual do homem e da mulher, o respeito por si e pelo outro, as discriminações e os estereótipos atribuídos aos relacionamentos humanos. Como poderoso factor da relação interpessoal, a sexualidade constitui uma forma privilegiada de expressão da pessoa na relação com outras pessoas funcionando como factor mútuo de realização pessoal. Como dimensão da nossa identidade pessoal e do nosso relacionamento, vai evoluindo no contexto do desenvolvimento global e expressa-se de formas diferentes ao longo do ciclo de vida, atravessando períodos de evolução mais lenta e períodos de evolução brusca e acelerada, como no caso da adolescência.

A adolescência é um período especialmente importante enquanto tempo de formação, estruturação de valores, atitudes e comportamentos, sendo o adolescente considerado como o seu agente fundamental enquanto os outros funcionam como agentes facilitadores de decisão, conducentes à aquisição de estilos de vida saudáveis. Esta etapa do desenvolvimento tem características próprias e tarefas bem definidas. Nela ocorrem alterações fundamentais de ordem biológica (início da puberdade), cognitiva (raciocínio mais elaborado) e social (transição para o desempenho de novos papéis). São estes marcos universais, que tornam a adolescência distinta das outras etapas do ciclo vital e lhe conferem um sabor e significado tão especiais. A maneira como cada adolescente vê a sua sexualidade é uma questão fulcral, conseguindo mesmo, ser mais importante que o próprio relacionamento sexual.

É na adolescência que o relacionamento afectivo e erótico se torna mais explícito, em que as reacções dos pais, positivas ou negativas, contribuem para a formação de atitudes e valores, dos filhos, face à sexualidade. Vilar (2003) acrescenta que, esses contributos, além de favorecerem o amadurecimento da sexualidade, constituem directrizes de elevada relevância no processo de independência dos adolescentes em relação aos adultos, anteriormente os principais modelos de referência.

É fundamental que os adolescentes descubram a força extraordinária, o dom que é sermos sexuados, e até que ponto a nossa sexualidade é uma energia que transforma todas as dimensões da nossa existência (Vasconcelos, 2000).

A escola é um espaço e um tempo de grande importância, pois a mesma proporciona uma intimidade entre jovens, diferente das gerações anteriores. Frequentemente, assistimos a cenas de adolescentes a beijarem-se sem compromisso ou sentados ao colo uns dos outros "*despidos*" de preconceitos e sem "*más intenções*" pois *"uma relação afectiva faz parte de um percurso normal da adolescência"* (Sampaio 1996). A partilha entre si de conversas sobre amor e sexualidade vai construindo a intimidade que lhes permitirá crescer. A afectividade está presente ao longo do ciclo de vida, "do embrião ao adolescente, constroem-se os primórdios da génese dos afectos, o que é dizer o sentido do sexo ao longo do ciclo de vida" (Pedro, 2000:4).

Apesar de os pais serem os agentes "naturais" para educarem sexualmente os filhos, muitos referem dificuldades em abordar este tema com eles. Estas dificuldades prendem-se, muitas vezes, com factores de conhecimento, nomeadamente em usar vocabulário adequado e sentimentos de desconforto, resultantes da herança cultural e educacional.

A saúde sexual é um dos factores facilitadores de um desenvolvimento equilibrado e saudável durante a adolescência. Contribui para a educação afectiva e para a construção da personalidade, facilitando o desenvolvimento harmonioso da pessoa como um todo e contribuindo para a felicidade pessoal. Para isso, é importante caminhar no sentido de um conceito de educação sexual na escola que não aborde simplesmente os aspectos biológicos e médicos mas, também, e essencialmente, as vertentes pessoal e social das

crianças e jovens.

Concordamos com a opinião de Vilar (2003) quando refere, que os quotidianos de um número sempre crescente de adolescentes se organizam à volta da escola. A mesma, propícia um novo espaço de socialização e encontro inter-pares, e ocupa uma boa parte do tempo do adolescente. Para além de que, os grupos de amizade se constituem a partir da escola, bem como as primeiras relações amorosas e sexuais.

Na Europa os adolescentes passam cerca de 2/3 do tempo na escola (Kuntsche & Jordan, 2006, citado por GTES, 2007b). É de reforçar, portanto, a ideia que atribui à escola a função de suscitar o ensaio de competências essenciais ao pleno desenvolvimento da pessoa. Tendo a seu favor, para essa missão, o facto de ser um espaço de grande permanência temporal, favorecendo uma boa parte das aprendizagens básicas das crianças e jovens.

A escola, como instituição social, para além de um palco privilegiado de ensaio de competências deverá estar empenhada no processo educativo, e poderá prestar uma excelente contribuição aos pais através da educação sexual, pois a família é um espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis face à sexualidade (GTES, 2007a).

A investigação tem demonstrado que, a informação, só por si, não é suficiente, é necessário complementá-la com estratégias e metodologias que permitam a reflexão sobre a mesma, o que tenderá a contribuir para a elaboração de sentimentos e atitudes e desenvolvimento das capacidades individuais nos alunos.

A escola deverá apostar numa abordagem formal, adequada, estruturada e intencional, de um conjunto de questões relacionadas com a sexualidade humana, a qual pode ser designada por Educação Sexual na escola. A metodologia e as estratégias a adoptar deverão ter em conta a identificação de necessidades, de acordo com a realidade sócio-cultural de cada escola, que se reflecte numa multiplicidade de padrões cognitivos, nas atitudes e comportamentos por parte dos alunos.

A Educação sexual assume a maior importância na actualidade Portuguesa, deverá ser assumida como o processo pelo qual se obtém informação que possibilite a formação de atitudes e crenças face à sexualidade e comportamentos sexuais (GTES, 2005).

De acordo a literatura atitude é um constructo hipotético referente à tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica (Eagly e Chaiken, 1993, citado por Lima, 2000).

Ainda segundo outros autores, as atitudes são *"predisposições para avaliar favorável ou desfavoravelmente os objectos"* (Insko e Schopler, 1980, citado por Lopez e Fuertes, 1999:22). São o resultado de experiências e comportamentos apreendidos com os outros, ao longo da vida. Estas predisposições podem ser consideradas opiniões e sentimentos que levam as pessoas a reagir de determinada maneira. Sendo que as opiniões são, neste caso, ideias ou crenças acompanhadas de sentimentos que impelem a um determinado comportamento (Lopez e Fuertes, 1999).

As atitudes englobam três componentes interligadas: a cognitiva (opiniões ou crenças), afectiva (sentimentos) e comportamental, funcionando as mesmas como uma "estrutura de conjunto" que deve funcionar em harmonia. Na sexualidade é frequente ocorrerem rupturas, porque a mesma está sujeita a influências, muitas vezes contraditórias (Lopez e Fuertes, 1999).

As atitudes evoluem ao longo da vida da pessoa, chegando mesmo a surgirem mudanças. Quando se fala de atitudes face à sexualidade, encontramos dois tipos: atitude conservadora e atitude liberal. A primeira caracteriza-se por uma visão da sexualidade

cuja finalidade é a reprodução. A segunda entende a sexualidade como uma dimensão humana em sentido amplo (Lopez e Fuertes, 1999).

Se relacionarmos a atitude com a idade, normalmente, os adolescentes são mais liberais do que os adultos, contudo existem excepções, que devem ser tomadas em linha de conta nomeadamente os contextos culturais.

Os pais dão um contributo, por excelência, como intervenientes na aprendizagem sexual dos filhos e na consolidação de sentimentos e atitudes face à sexualidade (Vilar, 2003).

A maioria dos autores considera as atitudes como apreendidas, portanto alteráveis, deixando assim a oportunidade de serem trabalhadas em contexto escolar.

Torna-se pois necessário delimitar o que entendemos por Educação Sexual, atendendo às dimensões em que se desenvolve a aprendizagem sexual: identidade sexual, papéis sexuais, comportamentos sexuais e o relacionamento com os outros. Assim, a educação sexual visa fornecer aos jovens e adultos a possibilidade de conhecerem e compreenderem as dimensões da sua sexualidade, de as integrarem positivamente na sua personalidade e, portanto, de se realizarem de forma harmoniosa e responsável no seu projecto de vida pessoal e social como seres sexuados (Quebéc, citado por Gomes, 1987).

Podemos entender a Educação Sexual, como uma componente essencial da educação e da promoção da saúde, devendo a mesma ser assumida como uma vertente do desenvolvimento pessoal e social, estimular a formação integral da pessoa, no âmbito da sexualidade, favorecer as relações humanas e o desenvolvimento de atitudes positivas face à sexualidade, que permitam a sua vivência de uma forma responsável e gratificante.

A Educação Sexual é um processo que dura toda a vida. Faz parte da educação autêntica enquanto contributo para a formação pessoal e social das pessoas e para a promoção da saúde sexual e reprodutiva devendo envolver todos os agentes de socialização (CCPES, *et al* 2000; Dias, Alda Maria *et al*, 2002; GTES, 2007b).

A Educação Sexual, nas suas componentes implícita e explícita, formal e não formal não tem escapado à dimensão sócio-política. Para alguns autores, a sexualidade e a Educação Sexual continuam a ser temas controversos na maioria, se não em todas as sociedades pluralistas. Poucos são os indiferentes ou os que não têm fortes opiniões sobre o assunto. O tratamento destes temas na Europa adquiriu muitas vezes uma conotação política sob a forma de uma polarização entre liberais e conservadores (Meredith e Deven, 1989).

A história da Educação Sexual em Portugal tem testemunhado o longo e difícil processo de estabelecimento de uma política educativa de educação sexual.

O quadro legal e normativo existente, legitima a existência da educação sexual como componente da educação, incentiva o seu desenvolvimento e atribui ao Estado e ao Sistema Educativo em geral, e às escolas em particular, responsabilidades e deveres a este nível. Aponta, como está disposto na Lei 3/84 e reforçado pelo Relatório Interministerial de 1998, para um conceito de educação sexual que não se restringe aos aspectos biológicos e médicos, associando-lhe as vertentes da formação pessoal e social das crianças e jovens. Define algumas vias de inclusão da educação sexual no quotidiano escolar, por via curricular e extracurricular, apelando à articulação interinstitucional e à rentabilização dos recursos de vários Ministérios e promove a educação sexual na escola, numa perspectiva interdisciplinar, enfatizando o projecto educativo de turma e respectivo plano de trabalho, de forma a garantir uma intervenção educativa integrada com objectivos bem definidos.

A Educação Sexual desempenha um papel crucial na formação da personalidade, mobilizando as emoções e vida afectiva dos adolescentes e de quem, com eles convive.

Não é possível fazer Educação Sexual sem que exista um quadro de valores que a integre e que são valores Universais: o respeito pela vida humana e pela diversidade, a liberdade e o respeito pelo outro.

Parece-nos que constituem *"valores essenciais"* da educação sexual:

> *"- O reconhecimento de que a sexualidade é uma fonte de prazer e comunicação e uma componente positiva de realização pessoal e das relações interpessoais;*
>
> *- A valorização das diferentes expressões da sexualidade ao longo do ciclo de vida; O respeito pelo outro, quaisquer que sejam as suas características físicas e a sua orientação sexual;*
>
> *- A promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos; O respeito pelo direito à diferença;*
>
> *- O reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade;*
>
> *- O reconhecimento do direito a uma maternidade/paternidade livres, conscientes e responsáveis;*
>
> *- O reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspectos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual;*
>
> *- A recusa de expressões da sexualidade que envolvam, violência ou coacção, ou envolvam relações pessoais de dominação e de exploração" (CCPES et al, 2000).*

A educação sexual no 3.º ciclo, grupo etário (13-15 anos) coincidente com a primeira fase da adolescência, deve ser desenvolvida tendo em conta um conjunto de mudanças bio-psico-sociais que ocorrem nos alunos, neste nível de ensino.

Todos os comportamentos dos alunos ocorrem de uma forma não programada acompanhados de uma elevada expectativa e uma sensação de desafio. O que dificulta a adopção de comportamentos protectores, nomeadamente em relação à gravidez e à transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

As relações com os adultos, nomeadamente pais e professores, sofrem alterações, gerando conflitos, resultantes do processo de crescimento dos adolescentes, bem como da dificuldade dos adultos em lidar com estas alterações do crescimento e desenvolvimento, principalmente entre pais e filhos. Ao enfrentar a adolescência dos filhos, os pais questionam os seus próprios valores adquiridos.

Como consequência das suas vivências, os adolescentes vão consolidando sentimentos, atitudes e valores pessoais, face à sexualidade; em relação ao corpo, às fantasias, aos comportamentos sexuais, e às formas de relacionamento com os outros. Aspectos importantes, que favorecem a aceitação ou a rejeição de si próprio e dos outros.

É no contexto rico e instável da vida interior do adolescente, onde se misturam uma variedade de sentimentos e emoções, que este tem que aprender a conduzir o seu processo de crescimento e desenvolvimento. Este dinamismo vivido pelos adolescentes, na descoberta de si, do progressivo auto domínio e de controlo da sua vida, é condição indispensável à realização do seu projecto de vida.

Face a estas considerações a finalidade da ES é proporcionar oportunidades educativas que permitam aos adolescentes a aquisição de competências de decisão e escolha que lhes permita enfrentar adequadamente os desafios que se lhes colocam em todo o seu crescimento e desenvolvimento (Dias, Alda Maria *et al*, 2002).

Podemos contextualizar a educação sexual no 3.º ciclo com base em quatro áreas do conhecimento: Corpo em crescimento; Expressões da sexualidade; Relações interpessoais e Saúde sexual e reprodutiva (Frade *et al*, 2001, Lopez, 1990, Vaz, 1996). Estas áreas do conhecimento devem ser trabalhadas, favorecendo a elaboração de sentimentos e atitudes e o desenvolvimento de capacidades individuais.

Nos últimos anos, a Educação Sexual em meio escolar tem sido objecto de medidas legislativas e políticas específicas, que, de uma forma mais ou menos explícita, enquadram e dão suporte à promoção da Educação Sexual em meio escolar. O facto é que, apesar da legislação actual favorecer a introdução da educação nos currículos escolares, este é ainda um tema polémico e a sua situação em Portugal longe do que é desejável.

Deve entender-se a ES em meio escolar como uma componente essencial da educação e da promoção da saúde. E de acordo com um conjunto de valores, resultantes de várias correntes, o grande objectivo da educação sexual na escola é o de "*contribuir (ainda que parcialmente) para uma vivência mais informada, mais gratificante e mais autónoma, logo, mais responsável da sexualidade"* (Frade *et al*, 2001:19).

Pela sua importância no contexto de desenvolvimento humano, a educação sexual deverá existir em todas as escola em articulação com as estruturas de saúde (GTES, 2007b).

Tem sido uma preocupação constante, que as actividades desenvolvidas no âmbito da Educação Sexual na escola rumem ao encontro das necessidades dos alunos, professores e pais. No sentido de um trabalho conjunto e efectivo, de uma forma planeada e articulada, entre educação e saúde, que ultrapasse o funcionamento individual de cada uma das instituições e a participação pontual dos profissionais de saúde.

Ao contrário de outras matérias, a sexualidade e a Educação Sexual suscitam opiniões, saberes, posicionamentos morais e éticos divergentes que necessitam de ser aferidos, para que a mesma possa funcionar como um factor protector de saúde.

Abordar o tema da Educação Sexual não é novidade, principalmente quando se pensa na questão da sexualidade na escola. Contudo, consideramos pertinente, este estudo, uma vez que a Educação Sexual é considerada uma componente essencial da saúde e da educação nas suas dimensões (biológica, psicológica, sociológica e ética).

Enquanto enfermeira especialista, em enfermagem na comunidade, toda a nossa actividade profissional se tem direccionado para a intervenção comunitária nomeadamente em grupos de adolescentes. Sabendo que, os mesmos desenvolvem comportamentos que podem originar situações de risco, tem sido nossa preocupação, acompanhá-los no seu processo de crescimento, desenvolvimento e maturação, aliando os aspectos afectivos e sexuais ao seu projecto de vida.

Para identificar o que se passava, em relação à Educação Sexual na Escola Básica 2,3 Visconde de Chanceleiros, fizemos duas entrevistas, aos professores do Conselho Executivo desta escola. Percebemos que não se estava a desenvolver nenhum programa de ES na escola. Percebemos também, que nesta escola a ES, segundo estes professores é uma temática, quase exclusiva, dos professores de ciências, pois consideram-nos, dentro do grupo, os mais habilitados, ou então por profissionais de saúde, porque possuem os conhecimentos técnicos e científicos.

Cientes da nossa inexperiência como investigadores, mas convictos dos nossos objectivos, decidimos realizar uma investigação e recolha de dados através de um questionário aplicado aos professores e alunos do 3.º ciclo e aos pais dos alunos,da Escola Básica 2,3 Visconde de Chanceleiros, no Concelho de Alenquer, durante o Ano lectivo 2003/2004: *"A educação sexual numa escola do 3.º ciclo do Ensino Básico"*.

A nossa investigação pretendeu dar resposta às seguintes questões:

- O que entendem alunos, professores e pais por sexualidade?
- Como se sentem os professores na abordagem de assuntos da sexualidade? O que acham os alunos?
- Como se sentem os pais na abordagem da sexualidade? O que acham os alunos? E os professores?
- Como são abordados assuntos da sexualidade?
- Que atitudes revelam os professores, alunos e seus pais/encarregados de educação, face à sexualidade?
- O que entendem os alunos, professores e pais por educação sexual?
- Como está a ser desenvolvida, na opinião dos alunos e dos professores, a educação sexual nesta escola?
- Que estratégias utilizam os professores para a abordagem da educação sexual com os seus alunos?

Todas estas dúvidas conduziram à seguinte questão de investigação:

- O que representa a educação sexual na escola para alunos e professores do 3.º ciclo e para os pais dos alunos, da Escola Básica 2,3 Visconde de Chanceleiros?

Estamos conscientes das suas limitações, por ser uma amostra de pequenas dimensões e as suas conclusões não poderem ser extrapoladas para outras comunidades. Contudo, pensamos que o mesmo pode ser importante como um exemplo de uma comunidade educativa integrada numa realidade rural e por poder constituir-se como uma boa base de trabalho para o desenvolvimento de projectos futuros de Educação sexual nesta escola e eventualmente inspirador para outras escolas.

Pretendemos que este estudo seja a continuação de um trabalho que temos vindo a desenvolver com esta comunidade educativa, pois acreditamos que na promoção da saúde, nomeadamente na Educação Sexual, o objectivo pretendido só será atingido se as estratégias preventivas e promotoras de saúde forem definidas de acordo com as necessidades e estadios de desenvolvimento específicos de cada comunidade e com o envolvimento e participação desta.

Assim contribuiremos para que a educação para a saúde, incluindo a educação sexual, seja uma realidade assumida favorecendo o desenvolvimento harmonioso dos alunos e o crescimento dos participantes (familiares e técnicos).

A sexualidade representa para os alunos, do nosso estudo, um factor de crescimento e desenvolvimento em que os alunos gostam do seu corpo e procuram agradar ao grupo de pares. Os alunos que estão virados para o seu mundo, não partilham "as suas intimidades com ninguém". Os que estão em interacção com o meio envolvente valorizam o grupo de pares e a relação afectiva com a mãe. Os alunos procuram a sua identidade sexual e o conceito de sexualidade está em construção. Encontramos a presença dos factores psicossexuais que envolvem o desenvolvimento da personalidade e os comportamentos sexuais: a identidade sexual e de género, a orientação sexual e o comportamento sexual (Sadock, 2005 citado por GTES, 2007b).

A Educação Sexual representa, para os alunos do nosso estudo, contracepção, responsabilidade e relações sexuais. É da responsabilidade do próprio. É importante porque "incentiva a procura de mais informação" e "adia para mais tarde" a iniciação sexual. Promove a aquisição de conhecimentos, a elaboração de sentimentos e atitudes e

o desenvolvimento de capacidades, para "não fazer coisas sem pensar" e ajuda "a tomar decisões " com o privilégio de "aprender nas duas escolas; escola da vida e escola das aulas".

A **sexualidade representa, para os pais dos alunos**, do nosso estudo, uma fonte de afecto e de prazer. Segundo os filhos, os pais têm dificuldades ou nunca falam de sexualidade por terem falta de conhecimentos e por se sentirem desconfortáveis. Revelam uma preocupação constante com os riscos decorrentes dos comportamentos dos filhos, que possam afectar a sua saúde e o sucesso escolar. Reconhecem a importância do grupo de pares na construção do conceito de sexualidade. Para os **pais,** dos nossos alunos, a escola é um complemento na educação dos filhos. A **Educação Sexual representa** a responsabilidade, as Infecções sexualmente transmissíveis e a prevenção, sendo que a mesma é necessária como complemento à educação da família contribuindo, assim, para o equilíbrio afectivo e sexual dos adolescentes. A família é um espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade, aqui a educação sexual em meio escolar poderá assumir um papel fundamental de ajuda aos pais.

A **sexualidade para os professores**, representa uma fonte de afecto e prazer, embora o sexo ainda seja um tabu. Reconhecem que têm dificuldades ou nunca falam de sexualidade, com os seus alunos. Quando falam é a propósito de uma notícia ou filme ou quando os alunos os questionam directamente, acerca de assuntos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva. Acham que "não estão preparados a nível pedagógico" delegando a abordagem da sexualidade nos profissionais de saúde.

Muitos pais e professores têm dificuldades com o tema da sexualidade, não são capazes de transmitir um conjunto coerente de opiniões necessário à capacitação dos adolescentes para proporcionar escolhas e vivências com responsabilidade, satisfação e segurança (GTES, 2007b).

Para os professores, a educação sexual, representa "… um direito" e "faz parte do desenvolvimento harmonioso do jovem". Para os professores a Educação Sexual, deve ter uma abordagem transversal para a qual necessitam de "mais acções de formação". O seu papel em Educação Sexual difere do que se lhe atribui em outras áreas do processo educativo. A Educação Sexual deve ser abordada na escola por "professores de biologia" ou por "profissionais de saúde". Contudo, consideram a Educação Sexual na escola imprescindível pois contribui para o equilíbrio afectivo e sexual dos alunos. A escola deverá funcionar "como uma entidade formadora em parceria com profissionais de saúde", "onde se desenvolvem afectos" promovendo "a individualidade de cada um". É muito importante, a atitude dos adultos, na escola, pois um comportamento menos adequado face a questões da sexualidade pode precipitar comportamentos desajustados nos adolescentes (GTES, 2007b).

Pareceu-nos que os inquiridos estavam conscientes da importância da Educação Sexual na escola pois a mesma promove "a individualidade sexual de cada um" caminhando para uma "escola onde se desenvolvem afectos".

Concordamos com os nossos alunos, que a educação sexual na escola é importante para "não fazer coisas sem pensar" e "ajudar a tomar decisões na nossa vida", contribuindo assim, para uma correcta tomada de decisões permitindo escolhas com respeito e responsabilidade.

Apesar de considerarem a Educação Sexual na escola de extrema importância e de estarem todos de acordo que a mesma contribui para o equilíbrio afectivo dos adolescentes, pareceu-nos que ainda há um longo caminho a percorrer até que a mesma seja implementada no contexto escola, através do seu projecto educativo, apesar de ser

considerada obrigatória a sua inclusão no âmbito da educação para a saúde, em todos os estabelecimentos de ensino (GTES, 2007b).

BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. Knobel, M. (1992). Adolescência normal. 10.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Alarcão, M. (2000). (des) Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto.

CCPES *et al* (2000). Educação Sexual em Meio Escolar; Linhas Orientadoras. Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde.

Cordero, J. (1996). Ideología y Mito. La Cuerda Floja. n.º 7. Diciembre: Universidad de Chile, Faculdade de Ciencias Sociales.

Cordeiro, Mário (1997). Dos 10 aos 15 – Adolescentes e adolescência. 2.ª ed. Vol 1. Lisboa: Quatro Margens Editora.

Costa, J.A.; Melo, A.S. (1995). Dicionário da Língua Portuguesa. 7.ª ed. Porto: Porto Editora.

Costa, Maria Emília (1999). Novos encontros de amor: Amizade, amor e sexualidade na adolescência. 2.ª ed. Porto: Âmbar.

Davies, B.; Harré, R. (1990). Positioning; The Discursive Production os Selves. "Journal for the Theory of Social Behavior", 20.

Dias, Alda Maria *et al*. (2002). Educação da sexualidade: No dia a dia da prática educativa. Braga: Edições Casa do professor.

Erickson, E.H. (1963). Identity, Youth and Crisis. W.W. Norton & Company, Inc: New York.

Frade, Alice *et al*. (2001). Educação sexual na escola: Guia para professores, formadores e educadores. Lisboa: Texto Editora.

Fonseca, Helena. (1995). O adolescente e a saúde. Acta pediátrica portuguesa. Lisboa.

Foulcaut, M. (1976). A vontade de saber: A história da sexualidade. Vol 1. Lisboa: Relógio D'Água.

Gameiro, José (1997). Os meus, os teus, e os nossos, novas formas de família. Lisboa: Terramar.

Giddens, A. (1995). Transformações de Intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. Oeiras: Celta.

Gilbert, G.G.; Sawyer, R.G. (1995). Health Education. Creating Strategies for School and Community Health. London: Jones and Bartlett Publishers.

Gomes, F.A. (1992). in Prefácio de FRADE, A. *et al*. Educação sexual na escola – Guia para professores, formadores e educadores. Lisboa: Texto Editora.

Gomes, Francisco Allen *et al*. (1987). Sexologia em Portugal: A sexologia clínica. Vol 1. Lisboa: Texto Editora.

GTES. (2005) Relatório Preliminar, Lisboa.

GTES. (2007a) Relatório de Progresso, Lisboa.

GTES. (2007b) Relatório Final, Lisboa.

Leitão, Lígia Mexia. Educação sexual e escola. Saúde e escola, n.º5, julho, pp. 4-9.

Lemos, Maria Eugénia (2002). O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis. Sexualidade e planeamento familiar n.º 33, Jan-Abr. Lisboa: APF. pp 43-50.

Lopez Sanchez F. (1990). Education sexual. Madrid: Fundacion Universidad-Empresa.

Lopez Sanchez F. e Fuertes Antonio (1999). Para compreender a sexualidade. Lisboa: APF e Planeamento Familiar. n.º 21/22. Série 2. Janeiro/Junho. Lisboa: APF. pp. 12-17.

Lima, L. P. (2000). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. Vala & M. B. Monteiro (Coords). Psicologia social. 3.ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. pp.187-225.

Marques, A.M. *et al*. (1999). Educação sexual em meio escolar: Orientações técnicas. Sexualidade e Planeamento Familiar n.º21/22. Lisboa: APF. Série 2. Janeiro/Junho. pp.20-28.

Matos, M e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois). Lisboa: Edições FMH.

Meredith, P. e Deven, F. (1989). Shifts in the Knowledge Base of Sex Education. The Other Curriculum: European Strategies for school Sex Education. Londres: IPPF.

Miguel, Nuno (1987). A sexualidade na adolescência e juventude. In Gomes, Francisco Allen *et al*. A sexologia clínica. Vol 1. Lisboa: Texto editora. pp.78-83.

Miguel, Nuno (1989). Os jovens e a sexualidade. 4.ª ed. Lisboa: Edições Asa.

Minuchin, S. (1979). Familles en théraphie. Paris: Editions Universitaires.

Mitchell, J.J. (1976). Adolescents' intimacy in Adolescence, vol XI. n.º42. pp.275-280.

Nodim, Nuno (2001). Os jovens Portugueses e a sexualidade em finais do Séc.XX. Lisboa: APF.

Noller, Patrícia e Callan, Victor (1991). The adolescent, in the family. Londres: Routledge.

Pagés-poly, M.F. e Pagés, J. S. (1999). Quando os adolescentes despertam para a sexualidade. Lisboa: Terramar.

Pacheco, José (2000). O sexo por cá. Lisboa: Livros Horizonte.

Pacheco, José e Gamito, Luís (1993). O sexo é para todas as idades. Lisboa: Editorial Caminho.

Pedro, Gomes (2000). Identidade, desenvolvimento e sexualidade. In Prefácio de

Barbosa, António; Gomes Pedro, João. Sexualidade. Lisboa: Departamento de Educação Médica; Faculdade de Medicina de Lisboa.

Reis, Isabel (2002). Educação para a saúde e promoção da saúde. Lisboa: Texto policopiado.

Rodrigues, António. D. (1999). Comunicação e Cultura: A experiência cultural na era da informação. 2.ª ed. Lisboa: Editorial Presença.

Sampaio, M.M. (1987). Escola e Educação Sexual. Lisboa: Livros Horizonte.

Sampaio, Daniel (1996). Inventem-se novos pais. 8.ª ed. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, Daniel (1998). Voltei à escola. 4.ª ed. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, Daniel (2000). Tudo o que temos cá dentro. Lisboa: Editorial Caminho.

Sanders, P; Swiden, L. (1995). Para me conhecer, para te conhecer: Estratégias de educação sexual para o 1.º e 2.º ciclos do ensino básico. Lisboa: APF.

Saraceno, C. (1992). Sociologia da família. Lisboa: Estampa.

Segalen, M. (1999). Sociologia da família. Lisboa: Terramar.

Selltiz, Wrightsman e Cook (1981). Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais. Vol. 2, Editora. Pedagógica e Universitária.

Vasconcelos, P. (1999). Algumas questões sobre a sexualidade juvenil. Sexualidade e Planeamento Familiar. n.º 21/22. Série 2. Janeiro/Junho. Lisboa: APF. pp.7-11.

Vasconcelos, Teresa (2000). Sexualidade e Educação. Desafios para a Educação. In Barbosa, António; Gomes Pedro, João. Sexualidade. Lisboa: Departamento de Educação Médica; Faculdade de Medicina de Lisboa.

Vaz, Júlio Machado (coord.) (1996). Educação sexual na escola. Lisboa: Universidade Aberta.

Vilar, Duarte (1987). Aprendizagem sexual e educação sexual. In F. A. Gomes, A.

Albuquerque e J. S. Nunes (Coods). Sexologia em Portugal. Vol II. Lisboa: Editora Texto. pp.165-179.

Vilar, Duarte (2003). Falar disso: Contributos para compreender a comunicação sobre sexualidade entre progenitores e adolescentes. Lisboa: Edições Afrontamento.

Went, Dilys (1985). Sex education: some guidelines for teachers. London: Bell & Hyman.

Young, I. (coord.) (1995). Promover a Saúde da Juventude Européia: Educação para a Saúde nas Escolas. Lisboa: CCE, CE, OMS.

Zapiain, Javier G. (2002). Educação afectivo-sexual: Uiversidade do Pais

Basco/Euskao Herriko Unibertsitatal. Sexualidade e planeamento familiar n.º 35, Set-Dez. Lisboa: APF. pp 33-38.

Zapiain, Javier G. (2003). A Educação afectivo-sexual na escola. Sexualidade e planeamento familiar n.º 36, Jan-Abr. Lisboa: APF. pp 33-38.

A PREVENÇÃO DO VIH/SIDA EM MULHERES PROVENIENTES DOS PALOP'S: FUNDAMENTAÇÃO NA LITERATURA DA IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PSICOSSEXUAL

Ana Luísa Patrão[1], Ana Luísa Correia[2], Carlos Ferreira da Costa[3], Ângela Maia[4] & Teresa McIntyre[5]

Resumo

O controlo da transmissão do VIH/sida tem sido, para a saúde pública e para a psicologia da saúde, um desafio das últimas décadas, dando origem a uma grande diversidade de modelos e abordagens. Estes esforços têm contribuído para a diminuição da incidência de doenças nos países desenvolvidos, tendo vindo a tornar-se numa doença crónica, especialmente devido à terapêutica anti-retroviral. Pelo contrário, nos países subdesenvolvidos, continua a ser uma das principais causas de mortalidade e morbilidade, sendo as mulheres as mais vulneráveis a todos os níveis (UNAIDS, 2006). Sendo Portugal um país de acolhimento para uma percentagem significativa da imigração africana, considera-se pertinente pensar sobre esta vulnerabilidade e sobre formas de intervenção que a contrariem. O presente trabalho corresponde a uma revisão bibliográfica que pretende fundamentar a necessidade de uma intervenção psicossexual dirigida a mulheres imigrantes oriundas dos PALOP´s.

Palavras-chave

VIH/sida; intervenção psicossexual; vulnerabilidade feminina; população imigrante PALOP.

INTRODUÇÃO

As abordagens e intervenções na área da saúde, quer em termos de promoção da saúde, quer em termos de intervenção na doença, diferem muito em todo o mundo, e isto é particularmente verídico quando se fala em VIH/sida (Flowers, Davis, Hart, Rosengarten, Frankis & Imrie, 2006), assim como, muitas outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST`s). Se nos países desenvolvidos o VIH/sida tem vindo a diminuir e a considerar-se cada vez mais uma doença crónica, pelo facto dos doentes viverem cada vez mais tempo sob a terapêutica anti-retroviral (CDSC, 2000; Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005), nos países subdesenvolvidos, esta doença continua a ser uma das principais causas de mortalidade e morbilidade (Flowers *et al*., 2006; Sá, 2005), assistindo-se à sua contínua progressão em termos de infectados. Destes países subdesenvolvidos e com parcos recursos a todos os níveis, os países africanos são os mais afectados pelo flagelo do VIH/sida. Dos 33 milhões de pessoas que vivem com o VIH/sida em todo o mundo, 67% encontram-se na África Subsariana. Convém realçar que 72% das mortes correspondem a esta parte de África, (The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2008), onde se encontram incluídos Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP´s).

Em termos humanos e de saúde, esta constatação do que se passa nos Palop`s é

1. Doutoranda em Psicologia da Saúde – Universidade do Minho. **lispatrao@gmail.com**
2. Mestranda em Psicologia da Saúde – Universidade do Minho. **alvcorreia@gmail.com**
3. Mestrando em Psicologia da Saúde – Universidade do Minho. **carloscosta.um@gmail.com**
4. Doutora em Psicologia Clínica e Professora Auxiliar - Universidade do Minho. **angelam@iep.uminho.pt**
5. Doutora em Psicologia Clínica e Professora Associada com Agregação - Univ. do Minho. **mcintyre@iep.uminho.pt**

preocupante para Portugal, na medida em que, em 2007, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) registou 435.736 imigrantes legais em Portugal, dos quais 147.959 são oriundos dos Palop`s (sendo 84148 homens e 63811 mulheres). O número efectivo de africanos que residem em Portugal não se sabe ao certo, porque tem-se a convicção de que uma percentagem significativa encontra-se ilegal (Fontes, 2007). Portugal é o país da União Europeia com maior incidência de VIH/sida, tendo 31.677 casos de infecção notificados (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis [CVEDT], 2007); e também aquele onde o tipo VIH-1 (dupla infecção) mais se verifica, sendo esta última característica representada sobretudo pela população imigrante dos Palop`s a residir em Portugal (Barroso, Bártolo, Pereira, Mansinho, Mafra, Martins, Lourenço, Camacho, Antunes, Bento, Figueiredo, Becerra, 2000).

Em Portugal, poucos estudos revelam efectivamente o número de imigrantes africanos seropositivos, no entanto, estudos efectuados noutros países da Europa, como por exemplo Inglaterra, apontam para que a prevalência de VIH em imigrantes oriundos de África seja muito elevada (Flowers *et al*., 2006). De acordo com a mesma fonte, a prevalência da doença nesta população caracteriza-se por um diagnóstico tardio efectuado em internamentos hospitalares, em que o doente já se encontra comprometido ao nível de sintomatologia do VIH/sida (Flowers *et al*., 2006).

Sabe-se ainda que o número de mulheres infectadas tem vindo a aumentar e que, por razões de natureza física e psicossocial, estas encontram-se mais vulneráveis do que os homens (UNAIDS, 2008). A África, nomeadamente os Palop`s, é o local onde se torna mais evidente a "feminização" da epidemia do VIH/sida (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/sida [ONUSIDA], cit. por Comissão Nacional de Luta contra a SIDA [CNLCS], 2005; UNAIDS, 2006). Quando se fala em saúde sexual e imigração, as mulheres são as mais vulneráveis a eventuais problemas, pois os factores individuais e sociais que as caracterizam colocam-nas em risco (Haour-Knipe & Grodin, 2003). Por exemplo, as mulheres que viajam sozinhas podem ter poucas escolhas financeiras e vender-se sexualmente para sobreviver, correndo ainda um risco acrescido de violência e abuso sexual (Haour-Knipe & Grodin, 2003). Além disto, são as menos informadas sobre como se protegerem sexualmente (Kerala, 2000; Oliveira, 1992; cit. por Freitas, 2003).

De acordo com Guerra e Lima (2005), embora o tratamento esteja a evoluir no sentido de tornar o VIH/sida uma doença crónica, ele ainda não está suficientemente desenvolvido para evitar um grande número de mortes, e o facto de ser uma doença mortal para a qual não existe cura, reveste a prevenção de uma importância inegável. É incontestável que o VIH/sida é uma doença com contornos muito preocupantes e que são necessários grandes esforços para a travar. Tratando-se de uma doença sem cura, a única forma eficaz de a combater é através da promoção de comportamentos de saúde, nomeadamente, sexuais, e prevenção de comportamentos de risco. Intervir numa perspectiva de promoção e prevenção sobre esta doença, numa população em risco e cada vez mais representada em Portugal - como é a africana - sobretudo junto daquelas que estão mais vulneráveis, as mulheres, é de todo urgente e pertinente.

É neste seguimento que passaremos a realçar os dados da literatura que ilustram a importância e pertinência de uma intervenção de promoção e prevenção psicossexual junto de mulheres africanas residentes em Portugal.

VIH/SIDA – BREVE DESCRIÇÃO CONCEPTUAL, EVOLUÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA

O VIH (Vírus na Imunodeficiência Humana) é um retrovírus que enfraquece as defesas imunitárias do corpo destruindo um tipo específico de linfócitos (CD4 – células T) (Straub, 2002). Quando o vírus destrói os linfócitos CD4, o organismo torna-se muito vulnerável

a diversos tipos de infecções oportunistas, isto é, infecções que têm a oportunidade de invadir o corpo humano porque as defesas imunitárias estão enfraquecidas. O conjunto de sintomas e doenças que podem ocorrer devido à infecção pelo VIH e que destroem de modo significativo as defesas imunitárias, é designado por SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (Brauman, 2001; Harvard Medical School, 2004; cit. por McIntyre & Costa, 2004).

Desde que foi diagnosticado o primeiro caso de SIDA em 1981, a doença propagou-se por todo o mundo de forma exponencial (Guerra & Lima, 2005). Na altura do seu surgimento, a doença foi considerada específica da homossexualidade e conhecida como Síndrome da Imunodeficiência relacionada com os homossexuais masculinos. Resultaram desta crença algumas teorias, desenvolvidas para tentar explicar a ocorrência desta nova doença nos homossexuais. Estas teorias incluíam sugestões de que a Sida podia ser uma resposta ao uso excessivo de drogas recreativas ou à sobreposição ao sémen, e centravam-se no estilo de vida percebido da população homossexual. No entanto, em 1982, a SIDA surgiu em hemofílicos e nesta altura colocou-se, pela primeira vez, a hipótese de se tratar de um vírus. O VIH foi isolado para estudos pela primeira vez em 1983, em França e nos Estados Unidos da América (Ogden, 2004). Actualmente, 33 milhões de pessoas vivem com o VIH/sida e destas, mais de metade estão concentradas na África Subsariana. Destes números, cerca de 60% correspondem ao sexo feminino (UNAIDS, 2008). Desde o seu surgimento, VIH/Sida na África Subsariana, tem contribuído para um número esmagador de crianças órfãs e famílias desmembradas (UNAIDS & WHO, 2006). Dados relativos a 2007 demonstram que, nesse ano, assistiu-se a 2,7 milhões de novos casos e morreram mais de 2 milhões de pessoas (UNAIDS, 2008). O VIH/sida tem sido um enorme desafio em termos de controlo e tratamento (& Santos, 2005). Por razões de ordem física e psicossocial, as mulheres são as mais vulneráveis ao VIH/sida, principalmente as oriundas de contextos socio-económicos desfavorecidos (UNAIDS, 2006).

PERTINÊNCIA DE INTERVIR AO NÍVEL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E PREVENÇÃO DO VIH/SIDA E OUTRAS IST`S EM MULHERES PROVENIENTES DOS PALOP`S

Há uma série de factores que fundamentam a necessidade de se intervir em termos de promoção da saúde sexual junto de mulheres africanas a residir em Portugal. O primeiro factor passa pela constatação da existência de um elevado número de imigrantes africanos (homens e mulheres) em Portugal, cujos estudos apontam para uma elevada prevalência de comportamentos de risco sexual (Távora-Tavira, Teodósio, Seixas, Prieto, Castro, Exposto & Atouguia, 2007); assim como para a existência de crenças erróneas e falta de informação face ao VIH/sida e sua prevenção (Popinsky, 2005; UNAIDS, 2006). A escolha por uma população feminina deve-se ao facto destas serem, como referido anteriormente, efectivamente as mais vulneráveis entre a população oriunda de África (UNAIDS, 2006; UNAIDS, 2008).

ELEVADA PREVALÊNCIA DE VIH/SIDA E OUTRAS IST`S E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO ENTRE A POPULAÇÃO IMIGRANTE AFRICANA A RESIDIR EM PORTUGAL

Em termos de VIH/Sida, até Dezembro de 2007, em Portugal, encontravam-se notificados 32491 casos (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis – CVEDT, 2007). Dos imigrantes que se encontram em Portugal, 147989 são oriundos dos Palop`s (SEF, 2007). Até ao ano de 2002, das notificações com diagnóstico de seropositividade entre imigrantes, 84% dos casos corresponderam a pessoas oriundas dos Palop`s (Faria & Ferreira, 2002). Actualmente, segundo os dados Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) (2007), até 31 de Dezembro de

2007, verificaram-se 15 casos e 9 mortes por seropositividade entre imigrantes oriundos de África. Deve-se colocar a possibilidade destes números se encontrarem sub-representados, na medida em que o número efectivo de africanos que residem em Portugal não se sabe ao certo, (Fontes, 2007), e os estudos sobre a saúde da população imigrante escasseiam em Portugal (Lopes, 2008).

De acordo com Dias, Matos e Gonçalves (2002), os imigrantes africanos são geralmente reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável ao VIH/sida e outras IST`s, e os dados indicam que estão sub-representados entre os utentes dos serviços de saúde, em particular os serviços de saúde sexual e reprodutiva. Face a esta realidade, não se pode ignorar a necessidade de intervir em termos de promoção da saúde e prevenção da doença, especialmente nesta população.

No que respeita às doenças infecciosas, como sejam o VIH/sida e hepatites, alguns estudos sugerem que as populações que migram estão em maior risco de contrair e expandir estas doenças do que as populações autóctones (Coker, 2003; Fennely, 2004; Gardete & Antunes, 1997; cit. por Dias & Gonçalves, 2007). Segundo Faria e Ferreira (2002), viver à margem da sociedade e em contiguidade com meios carenciados e criminalidade, como se sabe que vivem muitos imigrantes africanos e de outros países, expõe esta população a um risco acrescido para o VIH/sida de uma forma que os portugueses de origem não estão. De acordo com estas autoras, nestas situações, o VIH/sida, assim como outras IST`s, encontram terreno sócio-económico e comportamental para crescer e desenvolver-se.

Um estudo de Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira e Linhares (2006), sobre comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/sida, em jovens imigrantes africanos de ambos os sexos, demonstrou que o VIH/sida e outras IST´s são um problema de grandes dimensões entre esta população, e que o VIH é um assunto tabu, denominado de *"a doença"*. Esta investigação demonstrou ainda que existe bastante prevalência de comportamentos de risco e muito preconceito face ao preservativo, nesta população.

No que respeita a IST`s, alguns estudos apontam para que cerca de um terço do grupo populacional de africanos imigrantes em Portugal seja portador de ITS`s (Távora-Tavira *et al*., 2007). Um estudo levado a cabo por Távora-Tavira e colaboradores (2007), teve como objectivo detectar a prevalência de IST`s em imigrantes africanos adultos, sexualmente activos e a residir em Portugal. Este demonstrou que 16,36% dos imigrantes (num total de 220 participantes) tinham pelo menos uma das ITS`s consideradas no estudo (gonorreia, clamidiose genital, sífilis, VIH e hepatite B). Encontraram uma prevalência global e uma distribuição de IST`s concordante com taxas de prevalência descritas noutros estudos semelhantes com imigrantes africanos. De acordo com os autores, as prevalências encontradas foram inferiores ao esperado no que respeita a infecções clássicas curáveis (gonorreia e clamidiose genital) e ligeiramente superiores ao esperado quando consideradas as infecções com detecção serológica grave (sífilis, VIH e hepatite B). Os altos níveis de infecção por VIH e pelo vírus da Hepatite B aproximam-se dos valores encontrados em populações consideradas de alto risco na Europa (toxicodependentes e prostitutas). O mesmo estudo demonstrou que a ausência do uso do preservativo, entre outros aspectos, está na causa de tão elevada prevalência de IST`s. De acordo com Faria e Ferreira (2002), a exposição dos imigrantes ao VIH pode ocorrer em qualquer etapa do processo migratório – no país de origem, nos locais de trânsito, no país de acolhimento, ou no retorno à origem.

Deste modo, torna-se evidente que a prevenção do VIH/sida nos imigrantes seja extremamente importante, devendo apostar-se em acções que se adaptem às necessidades e condições de vida particulares desta população (Faria & Ferreira, 2002).

Entre outros aspectos, esta constatação de vulnerabilidade e elevada prevalência

de VIH/sida e outras IST`s entre imigrantes africanos a residir em Portugal, justifica plenamente o desenvolvimento de intervenções direccionadas para a promoção e educação para a saúde sexual, principalmente junto da população feminina, que, como já se constatou é aquela, que se encontra mais vulnerável a nível biopsicossocial.

CRENÇAS, ATITUDES E INTENÇÕES FACE AO USO DO PRESERVATIVO

A principal via de infecção pelo VIH/sida é a sexual, e o seu controlo passa exclusivamente por comportamentos preventivos, dado não existir cura para a doença (Tamayo, Lima, Marques & Martins, 2001). Os comportamentos preventivos são: castidade absoluta, relações sexuais exclusivamente monógamas com parceiro fiel e não contaminado, práticas sexuais sem penetração, e relações sexuais sempre com preservativo (Bayés, 1992; cit. por Tamayo *et al*., 2001). Por motivos evidentes, as campanhas de prevenção têm-se focalizado prioritariamente no uso do preservativo no relacionamento sexual. A importância deste comportamento implica uma compreensão absoluta do mesmo, eliminando as barreiras para o uso do preservativo, que varia consoante a percepção que os indivíduos possuem desse comportamento, e daqueles que o exibem (Tamayo *et al*., 2001).

Apesar de se saber que o preservativo é o meio mais efectivo na prevenção do VIH e IST's, segundo Maliki, Omohan e Uwe (2006), existem diferenças sociais, culturais e pessoais no uso do mesmo. Um estudo levado a cabo por Bryan, Aiken e West (1999) com uma população de 246 (122 do sexo masculino e 124 do sexo feminino) estudantes universitários, demonstrou que a proposta de usar preservativo no contexto sexual gera percepções positivas e negativas: o homem que sugere à companheira o uso do preservativo, é percebido como mais simpático e maduro do que aquele que não faz tal proposta mas, por outro lado, é também percebido por estas como menos romântico e excitante. Estes resultados foram obtidos a partir da visualização de um filme que abordava um encontro de casal numa típica festa universitária. Após a visualização do filme os estudantes foram orientados para responder a um questionário sobre a impressão da personagem feminina sobre a masculina e descrever o desenlace desse encontro. Desta forma foi possível conhecer as percepções destes estudantes face ao uso do preservativo. De acordo com Lopes (2004), as crenças e atitudes acerca do preservativo contribuem para a desatenção face à prevenção. Investigações com a população africana a residir em Portugal, verificaram que alguns homens afirmam que praticar sexo com preservativo é o mesmo que comer banana com casca (Dias, Matos & Gonçalves, 2002; Dias, Gonçalves, Luck & Fernandes, 2004). Demonstraram ainda que o preservativo é efectivamente pouco utilizado entre esta população porque consideram que é um acto que simplesmente não faz parte da cultura africana (Dias *et al*., 2002; Dias e tal., 2004).

Dias, Matos e Gonçalves (2002), num estudo desenvolvido também com população africana imigrante em Portugal, constataram que o preservativo é muito pouco utilizado quer na população adulta, quer nos jovens. Tal facto relaciona-se com as representações, crenças e atitudes dos mesmos. Estas por sua vez, comprometem a percepção de risco e, consequentemente, comportamentos de prevenção.

Em Moçambique, um país muito representado em termos de imigração africana em Portugal, a luta contra a pandemia do VIH/sida, é também considerada uma luta contra as crenças místicas do povo em relação a tudo que envolve a doença e sua prevenção (Popinsky, 2005). Entre os africanos, há crenças e boatos populares que aumentam as incertezas acerca do VIH/sida e, por conseguinte, tornam-se num obstáculo às inúmeras campanhas que têm surgido acerca do uso do preservativo. Por exemplo, muitos africanos acreditam que o próprio preservativo é o causador da Sida e que é uma invenção dos

europeus para controlar a natalidade dos africanos (Popinsky, 2005).

No que se refere particularmente à mulher imigrante africana, Vieira, Moura, Pinto e Silva (2003), desenvolveram um estudo que envolveu 4 grupos de mulheres: indiferenciadas, de minoria étnica (oriundas dos PALOP`s), toxicodependentes e prostitutas. Esta investigação procurou caracterizar as crenças e estereótipos face ao uso do preservativo masculino, a incidência declarada de IST´s e as atitudes face ao VIH/sida. Este estudo concluiu que as mulheres africanas foram aquelas que menos solicitavam o preservativo, mesmo quando desconfiavam da presença de outras pessoas na vida dos seus parceiros sexuais. Outro estudo revelou que as mulheres africanas percepcionam a sua vulnerabilidade ao risco de contrair VIH/sida, como consequência do comportamento sexual masculino, nomeadamente a polígama (Dias, Gonçalves, Luck & Fernandes, 2004).

Em suma, vários estudos têm evidenciado a existência de percepções negativas em relação ao uso do preservativo, na medida em que reduz o prazer sexual e que deve ser apenas utilizado quando os homens procuram profissionais de sexo, o que é mais comum entre indivíduos casados (Maliki, Omohan & Uwe, 2006).

Outro aspecto que é necessário ter em linha de conta relativamente à questão do preservativo na relação sexual, e que tem vindo a ser abordado em vários programas de intervenção, é a capacidade da mulher conseguir negociar a sua utilização com o parceiro (Guerra e Lima, 2005; Hobfoll, 1994; McIntyre e Veiga-Costa, 2004; Veiga-Costa, 2007), pois este é utilizado directamente no parceiro e não em si. Muitas mulheres estão susceptíveis ao medo do conflito, violação da confiança, e potencial abuso verbal ou físico, podendo assim evitar abordar a questão do sexo seguro com os seus parceiros (Ickovics & Rodin, 1992) e desenvolver comportamentos de risco, como a dispensa do uso do preservativo.

Um estudo levado a cabo por Rogado e Leal (2000), que se propôs a estudar a auto-eficácia, crenças em relação ao preservativo e comportamentos sexuais de risco em jovens de nacionalidade Cabo-Verdiana ou Portuguesa filhas de Cabo-verdianos e jovens de nacionalidade Portuguesa, filhas de Portugueses, apresentou dados muito relevantes ao nível da negociação do preservativo. Concretamente, as jovens Cabo-verdianas só usam o preservativo em relações ocasionais, pois possuem confiança no parceiro sendo esta reforçada culturalmente. Portanto, as mulheres Cabo-Verdianas têm um papel mais passivo no que respeita às questões da sexualidade, incapacitando-as assim, de negociar com o parceiro. Contudo, é aceite culturalmente as relações extra-conjugais por parte do homem devido à sua virilidade (Rogado & leal, 2000). Tal realidade coloca as mulheres africanas numa situação de elevado risco e vulnerabilidade.

É portanto muito pertinente verificar a importância que o uso do preservativo tem para estas mulheres imigrantes, ou seja, averiguar se são capazes de negociar o seu uso ou recusar a relação sexual caso o parceiro não aceite a sua utilização ou, pelo contrário, se cedem facilmente a uma recusa do uso do preservativo por parte do parceiro. De acordo com Fundo de Populações das Nações Unidas [UNFPA], Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher [UNIFEM] e Gabinete de Aconselhamento Especial sobre Questões do Género e Avanço das Mulheres [OSAGI] (2005), as altas taxas de infecção por VIH/sida em mulheres e jovens, em África, deve-se muito a questões fundamentais de poder e controle masculino, e à forma como a sociedade tem vindo a ignorar o comportamento de poder desigual e controlador sobre as mulheres.

A população africana imigrante parece não ser uma excepção aos factos descritos. Esta realidade é preocupante, daí surgir a necessidade emergente de intervir ao nível da promoção da saúde, educação sexual e prevenção do VIH/sida e outras IST`s, junto da população feminina africana, a residir em Portugal.

BAIXO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE O VIH

A prevenção das IST`s e do VIH/sida depende da consciência do risco e de um real conhecimento da doença e formas de contágio e protecção. É necessário haver uma autopercepção adequada para se conseguir evitar comportamentos e situações de risco (Béria, Horta & Tomasi, 2002). Um estudo desenvolvido por Dias, Matos e Gonçalves (2002), com uma população imigrante africana, demonstrou que ainda existe muito desconhecimento acerca do VIH/sida, do seu risco e formas de prevenção. Este estudo evidenciou que grande parte da população estudada ainda acredita na não existência desta doença (Dias, Matos & Gonçalves, 2002), logo, também não se interessarão por aprofundar os seus conhecimentos acerca das características da mesma e formas de prevenção e contágio.

Vários estudos demonstram que as mulheres são aquelas que possuem um nível mais baixo de conhecimentos no que se refere ao VIH/sida e tudo o que envolve a doença (Kerala, 2000; Oliveira, 1992; cit. por Freitas, 2003), em parte devido ao facto de também serem aquelas que possuem um menor nível de escolaridade (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). Não saber ler nem escrever ou não compreender as línguas dominantes, situação em que se encontram muitas mulheres imigrantes, causa vulnerabilidade face ao VIH/sida, na medida em que dificulta o acesso à informação acerca da prevenção (TEARFUND, 2005). Quanto maior é o nível de escolaridade, maior é o nível de informação em relação à doença e maior é a atenção dada à protecção nas relações sexuais ocasionais (UNAIDS, 2000; cit. por Vieira *et al*., 2003). Uma das armas mais importantes para mobilizar as mulheres na luta contra o VIH/sida é a educação e o acesso à informação (Rocha, 2007). Em África, onde se incluem os PALOP`s, as mulheres representam o grupo populacional com níveis de educação diminutos, tendendo para o analfabetismo, principalmente quando comparadas com os homens (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005). Entre outros motivos, isto deve-se ao facto de, entre famílias pobres, as jovens serem as primeiras a abdicar da escola ou serem retiradas dela para irem trabalhar e contribuírem monetariamente para o orçamento familiar (UNFPA, UNIFEM & OSAGI, 2005).

Na opinião de Monteiro (2005), o desconhecimento da doença é um dos factores que continua a contribuir para a aceleração da doença em alguns países africanos. No que respeita a alguns indicadores comportamentais e de conhecimento, podemos verificar que, em Moçambique, um país muito representado entre imigrantes africanos a residir em Portugal, apenas 20% da população feminina consegue reconhecer as medidas de prevenção do VIH/sida, comparativamente a 33% da população masculina; 37% da população feminina e 84% da população masculina referem ter tido relações sexuais com parceiros ocasionais nos últimos 12 meses; 27% das mulheres referem ter iniciado a sua vida sexual antes dos 15 anos (não existem dados quanto aos homens); e finalmente, 29% das mulheres e 33% dos homens moçambicanos referem não ter usado preservativo na sua última relação sexual (UNAIDS, 2006). Denota-se assim um desfavorecimento da mulher no que se refere ao nível de conhecimentos sobre o VIH/sida e comportamentos preventivos. O factor "desconhecimento" continua a ser um dos responsáveis pela falta de acção imediata face ao VIH/sida, em Moçambique (Monteiro, 2005). De acordo com o mesmo autor, muitos africanos percebem o VIH como uma doença muito antiga que foi trazida pelos estrangeiros e transmitida, inicialmente, às mulheres; trata-se de uma doença que sempre foi e continua a ser curável de forma tradicional (nos curandeiros), dependendo do estádio em que se encontra. Existe assim um cruzamento de conhecimentos do moderno com a cultura tradicional no que se refere à doença e formas de protecção (Monteiro, 2005).

De acordo com Lopes (2004), é urgente mais e melhor informação que aumente o conhecimento sobre a doença, sem alarmismos e espectacularidade, que ajude a construir pessoas mais conscientes das suas misérias e grandezas. Uma sociedade informada

poderá viver com o SIDA, como uma ameaça compreendida, uma ameaça criativa de novos valores. Só pessoas bem informadas podem estar protegidas e ser solidárias e tolerantes face à problemática do VIH (Lopes, 2004). O Modelo da Informação/Motivação/Competências Comportamentais, muito utilizado na análise e compreensão dos comportamentos de risco para o VIH/sida, assume que a informação juntamente com a motivação estimulam o indivíduo a assumir competências comportamentais que lhe permitem, em última instância, a adopção de comportamentos que visam a redução do risco (Fisher, 1988), daí a importância de se intervir ao nível do aumento do conhecimento sobre VIH e tudo que o envolve, como parte integrante da prevenção da mesma. A informação relativa à transmissão da SIDA e métodos de prevenção é um pré-requisito do comportamento de redução do risco. Desde dos primeiros estudos sobre esta temática, defende-se que a redução do risco depende da informação que as pessoas possuem sobre a transmissão e prevenção do VIH, da sua motivação para reduzir o risco e, posteriormente, das competências comportamentais para realizar actos específicos envolvidos na redução do risco (Fisher & Fisher, 1992).

É assim incontestável a importância que um nível de conhecimento elevado sobre a doença, vias de contágio, formas de prevenção, entre outras, assume na prevenção da doença e promoção da saúde sexual dos indivíduos.

PORQUÊ INTERVIR EM MULHERES?

A importância de intervir especificamente com mulheres prende-se com o facto de estas serem mais vulneráveis por razões de natureza física e psicossocial (UNAIDS, 2006; UNAIDS, 2008). A vulnerabilidade da mulher para o VIH/sida é incontestável (UNAIDS, 1998). A começar por características fisiológicas, as diferenças anatómicas genitais contribuem directamente para que a mulher corra um risco mais elevado de contrair a infecção pelo VIH e outras ITS`s, do que os homens (UNAIDS, 2006). Outra diferença biológica importante entre o homem e a mulher, que leva a consequências sociais e culturais adicionais relativas ao VIH/sida, é que as mulheres com VIH podem transmitir o vírus aos seus bebés (UNAIDS, 1998). Em Portugal não se encontram estudos exaustivos que demonstrem a prevalência da infecção em mulheres imigrantes africanas, nem a sua comparação com a população em geral. No entanto, estudos efectuados no Reino Unido demonstram que 80% das mulheres imigrantes infectadas são africanas (UNAIDS, 2001). Um dos poucos estudos efectuados em Portugal sobre esta temática entre população imigrante africana, revelou que, frequentemente, a mulher imigrante africana atribui a responsabilidade de tudo o que envolve o comportamento sexual ao homem (Dias *et al*., 2002), o que é muito preocupante, pois delega assim toda e qualquer responsabilidade ao nível da sua protecção sexual e prevenção do VIH/sida e outras IST`s, dependendo exclusivamente da vontade e comportamento do outro.

CONCLUSÃO

Face a tudo quanto foi referido, tendo por base os dados de várias investigações, considera-se pertinente intervir ao nível da educação psicossexual em mulheres imigrantes, oriundas dos PALOP´s.

São vários os programas que se têm vindo a desenvolver com vista a promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/sida, principalmente dirigido a mulheres (Guerra & Lima, 2005; Hobfoll, 1994; McIntyre e Veiga-Costa, 2004; Vieira *et al*., 2003; Veiga-Costa, 2007). De uma forma geral, todos eles debruçam-se sensivelmente sobre os mesmos aspectos. Um programa de intervenção de promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/sida dirigido para a população imigrante africana teria que abordar alguns aspectos chave, que são parte integrante de vários programas já existentes. Alguns desses aspectos

passam pela avaliação dos conhecimentos sobre o VIH/sida e outras IST's, atitudes face ao preservativo, práticas de risco; aprofundamento dos conhecimentos sobre as formas de transmissão, formas de prevenção, rastreios, etc.; aumentar a sensibilidade para o risco para a Sida e outras IST's, desenvolvimento de atitudes positivas face ao uso do preservativo e técnicas sobre o uso correcto do mesmo; realçar a importância da comunicação e assertividade e melhoramento dessas capacidades, incluindo, a negociação; identificação dos comportamentos antecedentes de risco e estratégias de orientação para alternativas de sexo seguro, avaliação dos progressos feitos no decorrer do programa; e disponibilização de informação sobre o acesso a preservativos (Guerra & Lima, 2005; Hobfoll, 1994). Um programa de intervenção deste cariz poderia recorrer a várias estratégias e técnicas com vista a diferentes objectivos, no decorrer de cada uma das sessões. Algumas dessas técnicas passam por resumos elaborados pelo líder do grupo, tempestade cerebral, resolução de problemas, *feedback*, fornecimento de material informativo, instruções de modelagem, exercícios práticos, jogos de papel (Guerra & Lima, 2005), aprendizagem activa, discussão em grupo, imaginação guiada, *role play*, treino da assertividade, visualização de filmes didácticos sobre comportamentos de risco e comportamentos protectores (Hobfoll, 1994; McIntyre & Veiga-Costa, 2004, Veiga-Costa, 2007), etc. Este tipo de intervenção deve contemplar uma componente avaliativa na primeira e última sessão para reconhecimento dos ganhos nos participantes e avaliação da eficácia da própria intervenção. Em termos de tamanho, devem funcionar em pequeno grupo (Guerra & Lima, 2005). O líder/moderador do grupo deverá sempre funcionar de forma empática, numa postura de aceitação positiva e sendo sempre congruente (Guerra & Lima, 2005).

Tratando-se de um grupo com especificidades sociais e culturais, é necessário ter em conta que a negociação do sexo seguro e os comportamentos sexuais em geral devem ser contextualizados na realidade em que estão inseridos, que são determinados pela situação epidemiológica, pelas dinâmicas sociais, culturais e económicas, pelo acesso aos serviços de saúde, pela mobilidade, pelos tabus e crenças religiosas e pelas dinâmicas do papel do género implícitas nesta problemática (Mann, 1992; Woollett *et al*., 1998; cit. por Dias, Gaspar de Matos & Gonçalves, 2002). Não é suficiente criar respostas de saúde se estas não forem adaptadas à população a que se dirigem e se os profissionais não as considerarem válidas. É muito importante lembrar sempre que a população imigrante possui práticas e saberes muito próprios ao nível da educação, rituais familiares e sociais, de tratamento das doenças e promoção da saúde, que definem a sua forma de pensar, agir e estar (Lopes, 2008). Todos estes aspectos devem estar contemplados aquando da aplicação de um programa de intervenção com uma população tão específica como é a imigrante. Uma forma de ultrapassar as barreiras culturais e conservar a fidelidade da intervenção é optar por o líder ou um dos líderes ser alguém pertencente à mesma comunidade em termos étnicos, embora não sendo alguém demasiado familiar ou conhecido pelos membros da comunidade, pois trata-se de abordar assuntos íntimos e a neutralidade e imparcialidade devem estar sempre presentes.

Embora se esteja a dar especial relevo à população feminina, devida à usa vulnerabilidade, é muito importante que estas intervenções contemplem homens e mulheres, na medida em que a sexualidade é vivida em conjunto e, neste âmbito, não há assuntos exclusivamente femininos ou masculinos. Compreende-se que a maioria dos programas se foquem exclusivamente em mulheres por estas serem mais vulneráveis biopsicossocialmente (UNAIDS, 2006), no entanto, é necessário ter em conta que é importante desenvolver esforços para envolver os homens neste processo de mudança (Lawrence *et al*., 1998; Mann, 1992; cit. por Dias, Gaspar de Matos & Gonçalves, 2002), pois, tal como já foi referido anteriormente, a sexualidade é vivida por ambos e tudo o que lhe diga respeito, inclusive a mudança comportamental, deve ser operada em conjunto, para conseguir ser efectiva e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso, H., Bártolo, I., Pereira, J.M., Mansinho, K., Mafra, M., Martins, M., Lourenço, M.H., Camacho, R., Antunes, R., Bento, S.,Figueiredo, S. & Becerra, B. (2000). *Epidemiologia molecular da infecção pelo HIV em Portugal.* Actas do I Congresso Virtual HIV/AIDS. Portugal: Associação Lusófona.

Centers for Disease Control and Prevention (1993). Barrier protection against a HIV infection and other sexually transmitted disease. *Morbility and Mortality Weekly Report*; 42: 589-591, 597.

CDSC (2000). AIDS and HIV infection in the United Kingdom: Monthly report. *Communicable Disease Report CDR Weekly*, 10, 37-40.

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis – CVEDT. (2007). *Infecção HIV/Sida: a situação em Portugal a 30 de Junho de 2007*. Data: 30 de Junho de 2007. Retirado a 03 de Outubro da World Wide Web do site: http://www.insarj.pt/site/resources/docs/SIDA_Junho_2007.pdf.

Comissão Nacional de Luta Contra a Sida - CNLCS (2005). AIDSPortugal. Entender o desastre – Reverter a Situação. Actas do II Congresso Virtual HIV/AIDS. Faculdade de Ciências Médicas, Abril de 2002. Lisboa.

Dias, S., Matos, M., & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao HIV numa comunidade migrante: implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde e Doença*, 3, 89-102.

Dias, S., Gonçalves, A., Luck, M., & Fernandes, M., J. (2004). Risco de infecção por VIH/SIDA: utilização-acesso aos serviços de saúde numa comunidade migrante. *Acta Médica Portuguesa,* 17, 211-218.

Dias, S. & Gonçalves, A. (2007). Migração e saúde. *Revista do Observatório da Emigração*, 1, 15-26.

Faria, D., & H., Ferreira (2002). *Infecção VIH e migração em Portugal*. Data: 23 de Outubro de 2002. Retirado a 28 de Março de 2008 World Wide Web do site: http://www.aidscongress.com/articlephp?comunicacao:109

Fisher, J.D. (1988). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS risk behaviour and AIDS prevention. *American Psychologist, 43, 914-920.*

Fisher, J.D., Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psycological Bulletin;* vol. 111, n.3, 455-474.

Flowers, P, Davis, M., Hart, G., Rosengarten, M., Frankis, J., & Imrie, J. (2006). Diagnosis and stigma and identity amongst HIV positive Black Africans living in the UK. *Psychology and Health*, 21, 109–122.

Fontes, C. (2007). Portugal como destino: africanos em Portugal. Retirado a 14 de Janeiro de 2008 da World Wide Web do site: http://imigrantes.no.sapo.pt/page2Africanos.html.

Freitas, M. (2003). Conhecimentos, opiniões e comportamentos face á Sida de uma população universitária. Actas do IV Congresso Virtual HIV/AIDS. Portugal: Associação Lusófona.

Fundo de Populações das Nações Unidas [UNFPA], Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher [UNIFEM] e Escritório do Aconselhamento Especial sobre Questões do Género e Avanço das Mulheres [OSAGI] (2005). *Combater a violência baseada em género: uma chave para alcançar os objectivos de desenvolvimento do milénio.* Data: Março de 2005. Retirado a 05 de Setembro de 2007 da World Wide Web do site: http://www.unfpa.org/gender/docs/combating_gbv_por.pdf.

Gaspar, T., Matos, M.G., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/sida em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7, 299-316.

Guerra, M.P., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde.* Climepsi Eds: Lisboa.

Haour-Knipe, M., & Grodin, D. (2003). Saúde sexual e populações móveis e migrantes. Retirado a 14 de Janeiro de 2008 da World Wide Web do site: http://www.kit.nl/exchange/assets/images/Intercambio_2003-2_Por.pdf

Hobfoll, S. E., Jackson, A.P., Lavin, J., Britton, P.J., & Sheperd, J.B. (1994). Women`s Barriers to Safer Sex. *Psychology and Health*, 9, 233-252.

Ickovics, J., & Rodin J. (1992). Women and AIDS in the United States: Epidemiology, natural history, and mediating mechanisms. *Health Psychology*. Vol 11(1), 1-16.

Lopes, O. (2004). Crenças e atitudes como co-factores do HIV Sida. Actas do V Congresso Virtual HIV/AIDS. Portugal: Associação Lusófona.

Lopes, L.C. (2008). Aids, Género e Imigração. Data: Agosto de 2008. Retirado a 16 de Setembro de 2008 da World Wide Web do site: http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST29/Lidia_Correia_Lopes_29.pdf

Ogden, J. (2004) *Psicologia da Saúde.* Climepsi Eds: Lisboa.

Popinsky, V. (2005). *Os intervenientes, infectados e afectados pelo HIV/sida em Mocuba-Moçambique.* Trabalho de Investigação no Âmbito de Estágio de Licenciatura. Dissertação não publicada. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

Maliki, A., Omohan, M., & Uwe, E. (2006). HIV/AIDS and use of condom: the role of counselors. *Stud.Tribes tribals*, 4(2), 151-155.

McIntyre, T., & Veiga-Costa, E. (2004). *Promoção da saúde psicosexual em mulheres Portuguesas. Relatório Final (Promoting psychosexual health in Portuguese women. Final Report).* Project ADIS/0045/03, Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (National Aids Commission). Braga: Universidade do Minho.

Monteiro, A. (2005). 1.ª Assembleia Geral do Conselho para o Desenvolvimento da Pesquisa em Ciências Sociais em África, Maputo, 2004 – "Até que ponto os imperativos culturais, tradições e costumes têm impacto na propagação do HIV/Sida?". Maputo: CODESRIA.

Rocha, S. (2007). Enfrentar a epidemia do SIDA na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. *Intercâmbio sobre HIV/SIDA, Sexualidade e Género*, 4, 1-4.

Rogado, T., Leal, I. (2000). Auto-eficácia e crenças em mulheres jovens-o caso específico do preservativo/Kamisinha(um estudo comparativo). Actas do 3° Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. ISPA, Lisboa.

Sá, S. (2005). *Comportamentos, conhecimentos e atitudes face ao VIH/Sida: estudo com jovens atletas de alta competição*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade do Minho, Braga.

Seidl, E.M.S., Zannon, C.M.L., & Tróccoli, B.T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/Aids: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: reflexão e crítica*, 2005, 18, 188-195. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2007). População Estrangeira em Território Nacional – Por nacionalidade segundo o sexo e distribuição por distritos. Retirado a 15 de Setembro de 2008 da Word Wide Web do site: http://www.sef.pt/documentos/56/DADOS_2007.pdf.

Silveira, M., Béria, J., Horta, B., & Tomasi, E. (2002). Self-assessment of STD/AIDS vulnerability among women. Revista de Saúde Pública, 36, 670-677.

Silveira, M., & Santos, I. (2005). Impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do HIV . *Revista de Saúde Pública*, 39, 296-304.

Straub, R.O. (2002). HIV and AIDS. In FALTA EDITORES *Health Psychology*; (pp.460-499). Worth Publishers.

Tamayo, A., Lima, A., Marques, J., & Martins, L. (2001). Prioridades axiológicas e uso do preservativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 167-175.

Távora-Tavira, L., Teodósio, R., Seixas, J., Prieto, E., Castro, R., Exposto, F., & Atouguia, J. (2007). Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrante africana em Portugal: estudo de base resultante do projecto EpiMigra. *Revista do Observatório da Emigração*, 1, 129-139.

TEARFUND (2005). Poverty and HIV and AIDS. Retirado a 15 de Janeiro de 2008 da World Wide Web do site: http://tilz.tearfund.org/Publications.

The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS. (2008). *Report on the Global Aids Epidemic: 2008.* Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.

The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS. (2006). *A global view of HIV infection: 2006 global report prevalence map.* Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.

The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS & World Health Organization. (2006). *AIDS Epidemic Update*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.

The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS. (1998). *Género e HIV Sida.* Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.

The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS. (2001). *A mobilidade da população e o sida.* Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.

Veiga-Costa, E. (2007). *Avaliação da eficácia relativa de duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da SIDA e promoção da saúde em mulheres com risco para o HIV.* Tese de investigação de doutoramento. Dissertação não publicada. Universidade do Minho, Braga.

Vieira, C., Moura, M., Pinto, S., Silva., L. (2003). Comportamentos de risco em mulheres portuguesas: percepção do risco, crenças e atitudes face á transmissão do HIV/Sida através das relações sexuais. Retirado a 15 de Dezembro de 2006 da World Wide Web do site: http://www.aidscongress.net/pdf/180.pdf.

ACONSELHAMENTO VIH/SIDA NUM CAD: DA PSICOLOGIA CLÍNICA À PSICOLOGIA DA SAÚDE

Eunice Castro Seixas[1]

Resumo

Os CAD – Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH, seguem o modelo de ADR, (Aconselhamento, Detecção e Referenciação), sendo que o aconselhamento[2] é geralmente realizado por psicólogos clínicos. Este artigo pretende ser uma reflexão crítica, elaborada por uma psicóloga clínica que exerce funções num CAD, sobre as potencialidades deste modelo para a prevenção e apoio psicológico na infecção por VIH/sida, explorando o seu enquadramento nas áreas da psicologia clínica e da psicologia da saúde.

Palavras-chave

Aconselhamento VIH/sida; psicologia clínica; psicologia da saúde.

As opiniões expressas neste texto são da responsabilidade da autora, e não reflectem necessariamente a perspectiva do CAD de Évora.

Os objectivos de um CAD são dois: por um lado, promover a mudança de comportamentos e prevenir a infecção por VIH, assim como a sua transmissão, através do aconselhamento psicológico e teste para detecção precoce da infecção, e por outro, dar apoio psicossocial às pessoas infectadas por VIH (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, 2008; Schönnesson, 2008). Tais objectivos são trabalhados por meio de um modelo de aconselhamento individual, e na garantia de anonimato e confidencialidade. Trata-se de um serviço gratuito disponível para todos que o quiserem procurar. Mas será que este modelo de prevenção a nível individual, baseado num protocolo de aconselhamento efectuado em uma ou duas sessões, é a melhor resposta para todos? E de que modo o contexto social, cultural e organizacional no qual o CAD está inserido influencia a prossecução destes objectivos e até a adopção de processos diferenciados de CAD para CAD? E qual será a formação ideal dos técnicos que trabalham nestes centros? De que modo o aconselhamento VIH/sida se enquadra nas áreas de actuação da psicologia clínica e da psicologia da saúde? Estas são algumas das questões de que parto para uma reflexão pessoal apoiada pela minha experiência enquanto psicóloga clínica (mas também da saúde) do CAD de Évora.

VANTAGENS DO MODELO DE ACONSELHAMENTO DO CAD: A IMPORTÂNCIA DA PSICOLOGIA CLÍNICA

Voltando aos objectivos do CAD, relativamente ao primeiro objectivo identificado, de prevenção da infecção por VIH através da promoção da mudança de comportamentos, no sentido da diminuição dos comportamentos de risco e aumento dos comportamentos de protecção (nomeadamente, pelo uso do preservativo), trata-se de uma prevenção ao

1. CAD de Évora: **cadevora@hevora.min-saude.pt; euniceseixas@gmail.com**

2. "Aconselhamento" representa a tradução para português de *"counseling"*.

nível individual[3] que tem muitas vantagens e também algumas limitações. Pretendo, nesta secção, evidenciar as vantagens deste modelo, assim como a importância dos profissionais que trabalham num CAD, terem uma formação profunda ao nível da psicologia clínica.

Por um lado, só actuando ao nível individual é que é possível ter em consideração as características de cada pessoa, as suas idiossincrasias, assim como os seus próprios objectivos e motivações pessoais, na relação de aconselhamento VIH/sida. Um bom profissional de psicologia clínica tem logo à partida (ou deve ter), importantes competências ao nível do estabelecimento da relação com o utente. E tal é fundamental para todo o desenrolar do processo de aconselhamento.

O protocolo de aconselhamento e teste rápido do VIH/sida, utilizado pelos CAD[4], que passo a descrever sucintamente, foi adaptado do Rapid Test Session Counseling Protocol do Projecto Respect-2, desenvolvido pelos CDCP (Centers for Disease Control and Prevention) dos EUA, projecto esse que serviu também de modelo de referência da UNAIDS. Trata-se de um protocolo bastante estruturado, com duração, sequência e objectivos bem definidos, assim como numerosos exemplos de verbalização das questões colocadas pelo conselheiro, em cada fase do aconselhamento. O Aconselhamento pré-teste começa pela Introdução e Orientações para a Sessão (em que os parâmetros da sessão, os objectivos da mesma e os papéis e responsabilidades do utente e do conselheiro são definidos) e centra-se depois na avaliação da percepção de risco do utente; na exploração das especificidades da última situação de risco; na revisão de experiências anteriores de redução de riscos e numa síntese dos incidentes e padrões de risco. Os objectivos desta fase de aconselhamento são os de explorar os padrões de risco do utente (percebido com vista a estabelecer um plano pessoal de redução de riscos e ajudar a pessoa a perceber a importância do teste e a tomar uma decisão informada sobre a sua realização, com a garantia de anonimato e confidencialidade. Após um eventual teste rápido para a detecção da infecção por VIH, há uma segunda fase de aconselhamento; o Aconselhamento pós-teste, que visa fornecer os resultados do teste ao utente; negociar o plano de redução de riscos; identificar fontes de apoio e fazer referenciações adicionais e fornecer um cartão de referenciação hospitalar. Há depois objectivos específicos para notificações de resultado negativo versus de resultado positivo. Todo o protocolo se sustenta numa abordagem cognitivo-comportamental centrada nas ideias de identificação de padrões de risco e negociação de um plano pessoal de redução de riscos e cujo objectivo último é a mudança de comportamentos. No entanto, o protocolo deve ser adaptado a cada caso e outras abordagens psicológicas são possíveis (Carvalho Teixeira, 1999).

A investigação comportamental no âmbito do VIH/sida tem sido dominada por quatro modelos psicológicos: 1) o Modelo das Crenças de Saúde; 2) a Teoria da Acção Reflectida; 3) o Modelo da Redução de Risco da sida e 4) o Modelo dos Estádios de Mudança (Family Health International - FHI, 1997; 2002). Embora estes modelos tenham sustentado intervenções com resultados positivos, "os fenómenos relacionados com a prevenção do VIH/sida são demasiado numerosos e diversos para serem abrangidos por uma única teoria psicológica ou sociológica" (FHI, 1997: 25, trad. minha). Concordando com esta perspectiva, parece então fundamental que o profissional de saúde que trabalha

3. A prevenção pode ser feita a um nível individual, interpessoal, de grupo, ou a um nível comunitário. O modelo desenvolvimental ecológico de Urie Bronfenbrenner (1979), mais usado no âmbito da psicologia comunitária e social (aplicado também a problemas e contextos da saúde), enfatiza, por sua vez, as interacções entre os vários níveis e põe de parte um nível exclusivamente individual, ao partir da ideia de que devemos analisar a relação entre o indivíduo e o meio nos vários sistemas sociais nos quais o indivíduo se insere, (micro-sistema, meso-sistema, exo-sistema, macro-sistema e, posteriormente referido por Bronfenbrenner, numa reformulação do modelo, o crono-sistema), que representam unidades concêntricas que revelam de dinamismo dentro e entre as mesmas.

4. Veja-se o Manual de Boas Práticas editado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde em 2008.

no aconselhamento VIH/sida tenha uma formação psicológica profunda que lhe permite um conhecimento dos vários modelos e experiência na sua aplicação ao contexto de aconselhamento individual ou em grupo, do VIH/sida. Só deste modo é que ele pode, tendo como referência o protocolo adoptado por cada país, adaptá-lo às diferentes realidades clínicas com que contacta.

Um psicólogo clínico terá também formação ao nível da psicopatologia e doença mental, o que é importante para uma função que supõe o atendimento da multiplicidade de pessoas que se podem dirigir a um CAD. E referindo-nos a um aconselhamento no âmbito do VIH/sida, desde logo, a ansiedade é uma questão que surge frequentemente, com maior ou menor intensidade. Efectivamente, fazer o teste para detecção precoce da infecção por VIH "não é fazer uma análise como outra qualquer', mas sim um acontecimento indutor de stress emocional (Carvalho Teixeira, 1994). Daí a importância dum aconselhamento pré-teste, no sentido de explorar as percepções de risco da parte do utente, assim como das expectativas face ao resultado do teste e respectivas implicações na vida daquela pessoa. As pessoas que procuram o CAD já chegam geralmente decididas a fazer o teste, mas após um aconselhamento inicial e a aproximação do momento de leitura e interpretação dos resultados, a ansiedade tende a aumentar, mesmo se a percepção do risco e a expectativa de estar infectado é reduzida. Pode também acontecer que, durante o aconselhamento pré-teste (vamos chamar-lhe assim, mesmo que o utente decida não realizar o teste naquela ocasião), a percepção de risco da pessoa aumente ou diminua devido a eventuais desconstruções de 'mitos' acerca da transmissão do VIH, assim como pelo facto da pessoa se tornar mais consciente dos seus padrões de risco e respectivo significado no contexto alargado da sua vida. Há pessoas que procuram o CAD já muito ansiosas porque (por variados motivos), esperam um resultado positivo e vêem isso como o 'fim do mundo'. Há então que "dar vazão" a esses sentimentos num primeiro momento, para depois reflectir em conjunto (o utente e o conselheiro) sobre o significado dos mesmos, assim como garantir que a pessoa não vai ficar sozinha (poderá ser encaminhada para apoio médico e psicológico ou ser referenciada para outros tipos de apoio – sociais por ex., se necessário), no caso dum resultado positivo. Nestas situações, o aconselhamento pré-teste leva mais tempo e o conselheiro deve dar à pessoa a hipótese dela optar por fazer o teste noutra altura, ou seja, apenas quando o nível de ansiedade não for tão elevado e quando a percepção de auto-eficácia para lidar com esta situação for maior. Para tal, importa também trabalhar o suporte social daquela pessoa, percebendo se a decisão de vir ao CAD foi tomada sozinha ou se contou a alguém, se tem alguém a quem contar o resultado, independentemente do mesmo, e que a ajude a lidar com isso. Como será a reacção d@ parceir@, familiares, amigos e colegas em caso de estar infectado, como se vê ela própria a lidar com a seropositividade. Ou seja, preparar a pessoa para a situação real, fora do contexto protegido do aconselhamento, podendo existir a possibilidade, caso o utente o deseje, de se realizarem sessões de aconselhamento que incluam membros importantes da família/rede de suporte social do mesmo.

Por vezes há também a necessidade de providenciar mais informação sobre a infecção por VIH/sida, a progressão da doença; os tratamentos médicos e a qualidade de vida das pessoas infectadas, para que a pessoa fique com uma ideia mais realista sobre o VIH/sida e possa assim desenvolver estratégias de coping adequadas, no caso dum resultado positivo.

Há ainda pessoas cujo nível de ansiedade é elevado quando procuram o CAD, não porque tenham expectativas de risco elevadas (por vezes dizem que consideram que não correram grandes riscos e até têm uma avaliação realista da situação), mas porque outros acontecimentos de vida provocaram uma situação de crise, em que a vulnerabilidade emocional é elevada. Estes casos podem constituir um pedido de ajuda subconsciente para lidar com essa situação de crise emocional e o psicólogo deve por isso, estar atento a estas

situações e se for caso, propor/referenciar o apoio técnico (que pode ser psicoterapêutico) adequado.

Relativamente ao segundo objectivo, de providenciar apoio psicossocial às pessoas infectadas por VIH, o aconselhamento pós-teste constitui-se provavelmente como um primeiro momento de apoio, imediatamente após a pessoa saber que está infectada, fundamental para a adaptação à seropositividade. A forma como é dada a notícia à pessoa e como lhe é dado espaço para reagir emocionalmente à mesma, a medida em que a pessoa sente, neste momento, uma aceitação incondicional por parte do conselheiro, a empatia do mesmo, assim como todo o apoio ao nível da referenciação célere para apoio médico especializado; todos estes factores são fundamentais para uma boa adaptação a esta primeira fase de crise, após a notificação de um resultado positivo.

As reacções emocionais iniciais a uma notificação de um resultado positivo podem ser múltiplas e muito intensas, sendo as mais comuns, a ansiedade, o desespero, o sentimento de perda de controlo na vida, a culpa, a vergonha, sentimentos de perda e processos de luto, raiva ou indiferença (Schönnesson, 2008). Quanto às preocupações mais imediatas, estas centram-se geralmente sobre a questão de a quem contar e como contar a notícia de que se está seropositivo. A depressão é um quadro psicopatológico que vemos frequentemente associado à seropositividade (Ibid.).

A adaptação à seropositividade é um processo que depende quer da individualidade de cada pessoa, quer de aspectos psicossociais, neuropsiquiátricos e orgânicos que interagem entre si (Guerra, 1998). Daí a importância do trabalho em equipa multidisciplinar, que deve englobar também a importante questão da adesão à terapêutica. O psicólogo clínico continua a ter um papel fundamental nesta equipa, pois é suposto ser um profissional competente para acompanhar a pessoa nesse processo de crise psicológica e progressiva adaptação a uma nova situação de vida, assim como eventualmente, ao confronto com a proximidade da morte. Um apoio psicológico a pessoas infectadas com VIH/sida deve ter em consideração factores como o nível de auto-actualização e o grau de suporte social da pessoa, pois estes são essenciais para uma boa adaptação à seropositividade, sendo que os indivíduos mais bem adaptados à sua condição de seropositividade («posição autopoiética»), reconhecem que o facto de se saberem seropositivos introduziu mudanças positivas no seu estilo de vida e lhes potenciou um novo sentido à existência (Guerra, 1998). É necessário portanto, um trabalho psicológico clínico ao nível intra e também inter-pessoal, relacional, no sentido de promover uma boa adaptação à seropositividade.

O modelo de aconselhamento individual (ou, em certas ocasiões, em grupo, com a presença d@ parceir@ e ou familiares do utente) do CAD, nos seus dois objectivos estipulados, parece particularmente indicado para um trabalho clínico, caso a caso, que se adeque à multiplicidade de situações, problemáticas e vivências das pessoas que procuram este serviço.

LIMITES DUMA PREVENÇÃO A UM NÍVEL INDIVIDUAL: PARA ALÉM DA PSICOLOGIA CLÍNICA, A PSICOLOGIA DA SAÚDE

Os CAD só funcionam se houver um trabalho contínuo de sensibilização, divulgação e informação que leve as pessoas a procurar este serviço, e, principalmente, as pessoas que mais relutância têm em fazê-lo. Mas é preciso também investigar estas relutâncias e perceber porque o CAD pode não ser a resposta adequada para todos. Deste modo, a articulação da prevenção nos seus vários níveis de actuação (individual, interpessoal, social, comunitária), é fundamental para se obterem bons resultados, assim como uma investigação contextualizada que fundamente estas intervenções. Por outro lado, é importante perceber que, apesar de baseados num mesmo modelo, os CAD variam entre si, uma vez que se encontram vinculados a diferentes Administrações Regionais de

Saúde, que têm necessariamente que adaptar as directrizes comuns a diferentes contextos, necessidades e recursos.

A adaptação começa por ser feita a um nível nacional, já que os modelos e as intervenções que tiveram algum sucesso nos EUA não podem ser simplesmente exportados para outros contextos sem uma investigação e adaptação prévias (FHI, 1997). A necessidade de adaptação do conteúdo e organização do aconselhamento VIH/sida a diferentes contextos sociais, culturais e epidemiológicos é preconizada pela própria Organização Mundial de Saúde, ao propor, em 1990, uma definição ampla do aconselhamento VIH/sida (Carvalho Teixeira, 1999). Mais recentemente, o documento da Organização Mundial de Saúde de 2007, "Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities" volta a enfatizar a necessidade de adaptar estas directrizes aos diferentes contextos sócio-culturais e epidemiológicos. Para tal adaptação é necessária investigação científica que abranja as questões relativas aos factores que influem na percepção de risco; nos comportamentos de risco e nos comportamentos de protecção; na relação entre a percepção e os comportamentos de risco, assim como investigação sobre os determinantes do comportamento sexual nos vários contextos sócio-culturais e estados desenvolvimentais (uma vez que a transmissão por via sexual é uma das principais formas de transmissão do vírus) (Baum & Nesselhof, 1988, in Carvalho Teixeira, 1999). Não é suficiente, portanto, a realização de *surveys* que nos revelam apenas a frequência do uso do preservativo e de realização do teste do VIH/sida na população.

Tomando como referência as directrizes adoptadas para cada país, cada CAD deverá adaptar também o modelo de aconselhamento ao contexto sócio-cultural e epidemiológico em que está inserido. Assim, não se trata apenas de cada pessoa/utente constituir um caso específico, mas do facto de trabalhar num CAD em Évora ser muito diferente de trabalhar num CAD em Lisboa, ou num CAD da Guarda, porque os contextos sócio-cultural e epidemiológicos são diferentes. Os objectivos e os processos preconizados para cada CAD terão de ser pensados tendo em conta estas especificidades. Por outro lado, há a questão logística: há CADs que funcionam em instituições de saúde e outros cujas instalações estão desligadas do sistema nacional de saúde; outros ainda, como a CAD de Évora, funcionam em vários espaços (HESE e IPJ), - prevendo-se para breve, o alargamento a outros contextos. Essa localização é desde logo, muito importante, na medida em que determinados grupos populacionais se sentirão mais à vontade para procurar determinados locais e instituições. Daí a importância de uma descentralização destes serviços, através de um trabalho comunitário em rede, que inclua parcerias com organizações civis, não governamentais e associações e grupos informais. Quem faz este trabalho? Trata-se de funções que ultrapassam o âmbito da psicologia clínica e se intersectam com a psicologia da saúde e a psicologia comunitária. Se quem está colocado nos CAD são maioritariamente psicólogos clínicos, poderão estes profissionais realizar estas funções? A verdade é que, em determinados contextos, fora dos grandes centros urbanos, onde a afluência aos CAD é mais reduzida, torna-se fundamental este tipo de trabalho em rede, que aliás, representa uma das ideias centrais do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Infecção por VIH/sida para 2007-2010[5] (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, 2007), ficando, no entanto por definir, a quem cabem essas funções. A minha opinião é de que se tratam de funções perfeitamente compatíveis com a área da psicologia da saúde. Efectivamente, é no âmbito da psicologia da saúde, que se pode intervir ao nível da prevenção, educação, aconselhamento e apoio psicoterapêutico no VIH/sida (Carvalho Teixeira, 1999). Os psicólogos da saúde têm também formação em clínica, (em aconselhamento e apoio psicoterapêutico), mas que é complementada

5. Veja-se por exemplo, o Cap. 7 deste programa : «Partilhar Responsabilidades com os Actores Relevantes», que visa "Assegurar a participação do sector privado e sociedade civil na definição de políticas públicas relevantes para a infecção por VIH".

com uma formação ao nível da educação para a saúde e de uma intervenção comunitária e social na saúde.

De qualquer modo, o trabalho que já é efectuado ao nível dos CAD móveis, vai muito para além do trabalho de psicologia clínica/aconselhamento individual, pois implica trabalhar num contexto de rua e realizar uma primeira aproximação às pessoas naquele contexto. Os profissionais de saúde não podem simplesmente ficar sentados na unidade móvel à espera que os utentes apareçam. Para além disso, há todo um trabalho prévio de concepção e preparação destas acções, que implica a definição de objectivos específicos para cada acção; a escolha do local mais adequado; a escolha do timing mais adequado para a acção; a divulgação da acção e a avaliação da mesma. Esta preparação supõe um bom conhecimento do contexto social e uma articulação com outras entidades e parceiros. Quanto mais os profissionais do CAD investirem também num trabalho em colaboração com outras entidades da região, mais pessoas procurarão estes serviços e mais estes serviços irão ao encontro das necessidades específicas de cada região. Nesta perspectiva, o trabalho dos profissionais dos CAD vai para além do aconselhamento e teste do VIH/sida, abrangendo o que nos CDCP se designa como "Prevention Case Management", e que inclui o aconselhamento, mas também a referenciação e articulação com os serviços de saúde/sociais, assim como o acompanhamento clínico das pessoas infectadas e não infectadas. Uma tal abordagem implicaria possivelmente um maior investimento na formação dos profissionais de saúde que trabalham nos CAD, alargando/complementando a formação em aconselhamento com formações sobre saúde e direitos humanos; enquadramento legal da infecção VIH/sida; intervenção comunitária e social na saúde, não esquecendo a formação necessária em epidemiologia e infecciologia.

CONCLUSÃO

Ao longo deste artigo pretendi mostrar as vantagens do modelo de prevenção dos CAD, evidenciando a articulação deste com as áreas da psicologia clínica e da psicologia da saúde. Começando por explicar sucintamente o modelo de aconselhamento individual dos CAD e suas vantagens, argumentei que uma formação profunda na área da psicologia clínica, assim como na área do VIH/sida, são fundamentais para o exercício de funções dos profissionais de saúde que trabalham nestes centros. Num segundo momento, debrucei-me sobre as especificidades de cada CAD e da necessidade de uma adaptação do modelo/protocolo de aconselhamento aos diferentes contextos sócio-culturais e epidemiológicos, argumentando que esta adaptação implica um trabalho que vai para além da psicologia clínica e se engloba no âmbito da intervenção multidisciplinar social e comunitária na saúde. Esta intervenção ultrapassa um "trabalho de gabinete" e requer uma maior sensibilidade ao contexto social e à investigação, devendo procurar, de acordo com a estratégia definida no Cap. 7 do Programa Nacional de Infecção e Controlo da Infecção VIH/sida: "Assegurar a participação das pessoas que vivem com a infecção por VIH nos processos de decisão e implementação de políticas na área do VIH/sida". Tal como outros profissionais das áreas sociais e da saúde, os profissionais dos CAD podem também contribuir para tal.

Por último, lembro aqui algumas "lições aprendidas", dum programa implementado em 1997, pela ONG Family Health International (FHI), na América Latina e Caraíbas (FHI, 1997, trad. minha):

- A prevenção do VIH/sida requer uma perspectiva multidisciplinar de investigação.
- A combinação de instituições locais de investigação com ONGs voltadas para a intervenção é uma maneira particularmente eficaz de organizar a pesquisa.

• Os estudos rápidos e relativamente baratos podem ser úteis para projectos que são: 1) ligados a intervenções em desenvolvimento; 2) de interesse local ou regional; 3) associados com intervenções de elevada especificidade cultural, ou que variam significativamente segundo o grupo populacional; ou 4) adaptados de intervenções bem sucedidas de outras regiões ou populações alvo.

• A investigação que ajuda as audiências-alvo a identificarem soluções para os seus próprios problemas pode levar ao desenvolvimento de programas extremamente eficazes.

• Ligar directamente a investigação à intervenção é um componente crítico de intervenções eficazes.

A discussão e investigação das ideias presentes nestas e noutras "lições aprendidas", por parte dos profissionais que trabalham na prevenção do VIH/sida em colaboração com as pessoas que vivem com a infecção, podem ser um bom ponto de partida. E os profissionais que trabalham nos CAD, que têm um contacto directo com as populações, em diversos contextos, têm aqui também uma palavra a dizer.

REFERÊNCIAS

Carvalho Teixeira, J. (1994). Fazer o teste para o VIH não é fazer uma análise como outra qualquer. O aconselhamento pré-teste, a prevenção e a qualidade dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica, 4*(XII), 537-575.

Carvalho Teixeira, J. C. (1999). Intervención psicológica en el área de la infección por el VIH/sida. In Miguel Angel Simón (Ed.), *Manual de Psicologia de la Salud. Fundamentos, Metodologia e Aplicaciones* (pp. 625-647). Madrid: Biblioteca Nueva, Coleccion Psicologia Universidad.

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida. 2007-2010: Um Compromisso com o Futuro.* Disponível em http://www.sida.pt.

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2008). *Protocolo de Aconselhamento: Manual de Boas Práticas.*

Family Health International (FHI), (2002). *Behavior Change - A Summary of Four Major Theories.* Acedido em 16 de Setembro de 2008, de http://ww2.fhi.org/en/aids/aidscap/aidspubs/behres/bcr4theo.html.

Family Health International (FHI), (1997). *HIV/AIDS Prevention and Control Séries: Behavorial Research.* Series Editor, M. Ricardo Calderón. Latin America and Caribbean Regional Office AIDSCAP/Family Health International. Disponível em: http://www.fhi.org/en/index.htm.

Guerra, M. P. (1998). *Sida: Implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

World Health Organization, (2007). *Guidance on Provider-Initiated Hiv Testing and Counselling in Health Facilities.* Acedido em 17 de Setembro de 2008, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf.

Schönnesson, Lena Wilson (2008). *Textos de apoio do Workshop on HIV Counseling and Testing (HIV C&T).* Lisbon, Portugal, January 21 – 24, 2008.

AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL EXISTENTES NO BRASIL E EM PORTUGAL COMO TEMA DE ESTUDO COMPARATIVO

Rosana de Sousa Patané[1]

Resumo

Pretende-se neste trabalho tecer uma análise documental dos documentos oficiais vigentes nos Sistemas Educativos de Brasil e Portugal para regular a ação pedagógica com o tema da sexualidade no quadro legal e normativo. Utilizando a metodologia dos estudos comparativos procurou-se perceber as similitudes e as dissonâncias existentes nos dois países para abordagem do tema da sexualidade, buscando compreender como os governos organizaram a sistematização da matéria para o contexto escolar, tendo em conta os aspectos de ordem sócio-cultural, a vontade política e os objetivos pedagógicos defendidos pelo estado para encarar a questões dos novos valores impregnados no contexto social atual que se refletem na escola e no processo de educação e saúde global dos educando enquanto sujeitos sexuais.

Palavras-chave

Estudos comparativos; políticas de planeamento familiar; educação sexual em meio escolar e saúde sexual e reprodutiva.

INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas do século XX e na primeira do século XXI, assistimos a grandes mudanças no campo da educação, desde de reformas educativas em termos administrativos a reformulações curriculares que se traduziram na inclusão de temas que antes eram considerados alheios à função educativa, como é o caso da questão da sexualidade.

O desejo de transformação social defendido pelos movimentos cívicos desde os fins dos anos 60, refletiram a necessidade de uma nova educação; uma educação que congregasse conhecimentos técnicos e científicos às questões da vida social. Assim, educação precisava se reformular para contribuir com a construção de uma sociedade fundamentada sobre valores de igualdade e de justiça, na qual o exercício da cidadania deveria ser a expressão de todas as dimensões que tivessem a ver com o homem enquanto ser humano e o Estado assente na lógica da democracia, o promotor de direitos e de liberdades fundamentais.

Centradas neste propósito, as Constituições Portuguesa e Brasileira, expressam esse desejo de transformação social para as suas sociedades, uma vez que, ambas haviam passado pela experiência de um regime de ditadura; por essa razão defendem o valor da liberdade com veemência, bem como um modo de governação que permitisse o desenvolvimento pleno dos cidadãos em todos os setores da sua vida tanto pessoal como social.

Com este enfoque, temas como a cultura, a ética, a sexualidade, a diversidade, ganharam visibilidade para uma discussão composta de crítica e reflexão, no sentido de compreender a complexidade dos fenómenos que destes temas provinham e se desdobravam em mudanças nos modelos de pensamento e nos comportamentos, o que

1. Mestranda da FPCE da Universidade Coimbra. **sanamores788@hotmail.com**; **patane@fpce.uc.pt**

abriu caminho para um processo de reformulações na educação, tanto nos aspectos de política educativa, como nos aspectos relacionados às orientações curriculares.

Considerando que o desenvolvimento das políticas de educação sexual em contexto escolar se originaram das discussões sobre o planejamento familiar e das lutas dos movimentos cívicos em defesa dos direitos dos cidadãos, especialmente pelo direito ao exercício da cidadania pela mulher, achamos importante fazer um enquadramento da questão, ressaltando as políticas gestadas no tempo do regime de ditadura e as políticas implementadas com a redemocratização ocorrida na década de 70 em Portugal e na década de 80 no Brasil.

Ressaltamos ainda, como o novo papel da escola e da função educativa se despontaram para o que conhecemos atualmente, e, como ela está imbricada à questão da cidadania e de uma educação para a saúde que compreende a educação sexual como uma de suas componentes.

Analisaremos, as Constituições do Brasil de 1988, a Constituição de Portugal de 1976, em sua Sétima revisão de 12 agosto de 2005, e as publicações oficiais: Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental e Médio (Brasil, 1997;1999), respectivamente, em seus volumes: dez (Pluralidade cultural e Orientação Sexual e três Ciências Humanas e Suas Tecnologias (Filosofia, História e Sociologia), que abordam à questão da sexualidade, e a publicação intitulada: Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras (Portugal, 2000).

Em nossas conclusões finais apresentaremos os principais assuntos/temas e conteúdos, que estão contidos em tais documentos e que expressam a vontade política e os objetivos pedagógicos defendidos pelo Estado no que diz respeito à formação e à ação dos sujeitos sexuais.

As políticas de planejamento (planeamento) familiar: uma comparação entre as trajetórias de Brasil e Portugal

O conceito de planejamento (planeamento) familiar foi criado nos anos 30 do século XX, e veio a substituir a expressão «controle dos nascimentos ou da natalidade». O termo remete-se a filosofia de vida que envolve o exercício da sexualidade, o desejo de reprodução biológica e a formação familiar.

Em se tratando das realidades de Brasil e Portugal, as considerações entorno do planejamento (planeamento) familiar apresentam peculiaridades que mostram como os países de economia dependente ou semi-periféricos receberam as influências «do receituário neoliberal» (Santos, 2002) e das formas de mandato das organizações internacionais de natureza intergovernamental, ocasionando a elaboração de políticas no plano nacional alinhadas aos assuntos de interesse supranacional, como foi o caso da planificação familiar. Esse entendimento perdurou até a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo em 1994, na qual a questão da planificação familiar deixou de ser vista prioritariamente como um fator de política demográfica e passou a ser considerada com um direito humano e uma medida de saúde. Nesta mesma Conferência foram criados os conceitos de direitos e de saúde sexual e reprodutiva, conforme se reconhece atualmente. (Alvarenga e Schor 1998)

Um outro aspecto comum a tais realidades é a influência dos valores de tradição católica sobre a formulação das políticas sociais que se fazem muito expressivos junto aos movimentos de defesa pela vida, que são contrários à legalização do aborto ou Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Sendo que no caso português a institucionalização do aborto como um dos serviços oferecidos pela sistema público de saúde, é hoje uma realidade implementada e regulada por legislação específica após o referendo de 11 de Fevereiro de 2007, o que não se procedeu da mesma forma com o Brasil e outros países

da América Latina em 26 de setembro do mesmo ano .

AS POLÍTICAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

Antes da ditadura

No Brasil tudo começa nos anos 60, quando a agência International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region (IPPF/WHR) financiou entidades da América Latina e Caribe para realizarem o controle de natalidade ou intervenções sociais para implementação do planejamento familiar. Assim, as primeiras ações de planejamento familiar foram implementadas com o apoio dos interesses econômicos, políticos e ideológicos das classes dirigentes ou socialmente prestigiadas como era o caso dos movimentos cívicos ligados à Igreja Católica .

Como o país não possuía uma política oficial definida para a questão neste período, permitia que além de entidades ligadas a filantropia, outras também atuassem sobre a questão do planejamento familiar. Foi neste contexto que empresas como a BENFAM atuaram no país a partir de 1965. (Alvarenga e Schor 1998)

De 1965 ao ano de 1974, o Brasil sustentava uma postura pró-natalista, defensora de uma concepção de desenvolvimento pautada na ocupação dos espaços, tal como era defendido nos anos 50 . Essa idéia se sustentava no encantamento ocasionado pelo período do «Milagre Brasileiro» .

Durante o regime militar as políticas de planejamento familiar funcionaram como um reforço das idéias assentes no modelo tradicional de moral e de comportamento sexual. Nos discursos de exaltação nacionalista, a necessidade do controle dos nascimentos se sustentava no argumento de que o grande contingente de pobres e de famílias numerosas poderiam ocasionar a médio e longo prazo problemas em termos de segurança nacional; por isso, medidas de contenção sobre o crescimento populacional precisavam ser aplicadas. Assim, promoveu-se uma campanha de planejamento familiar pautado na negação da sexualidade e na valorização das rígidas normas pregadas pelos dogmas cristãos. (Alvarenga e Schor 1998).

Após a ditadura

Com o fim da ditadura militar nos anos 80, os movimentos sociais em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos ganham uma significativa expansão e influenciaram na criação do primeiro Conselho da Condição Feminina, durante o governo democrático de São Paulo. Influenciaram ainda na criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que implementou as primeiras ações institucionalizadas de atendimento às necessidades de saúde das mulheres no campo da concepção e da contracepção. No entanto, não foi capaz de promover alterações profundas de ordem burocrática na política de saúde estatal para o oferecimento da esterilização e de uma educação para o uso adequado dos métodos contraceptivos a partir do sistema de saúde pública, o que provocou a estagnação nas ações de combate ao aborto clandestino para a interrupção da gravidez e contenção do número de filhos de um modo seguro e legal.

A idéias defensoras da desarticulação entre o exercício da sexualidade feminina e a questão reprodutiva começam a emergir e ganhar visibilidade em termos mais populares. A visão que considera a mulher em sua humanidade enquanto sujeito de desejo passou a se difundir e a acarretar uma lenta mudança de paradigma que se refletiu tanto no imaginário e nas práticas sociais, como no que diz respeito às políticas de Estado voltadas para este tema.

O desejo da reprodução começa a ser percebido como algo de foro individual e relacionado com os direitos civis. A lógica de controle é substituída pela idéia de

planificação e de planejamento. A visão se torna mais liberta e mais compreensiva em relação a Condição Feminina e o seu direito de viver experiências no campo da sexualidade.

A questão da discussão da contracepção feminina no Brasil como política pública oficial na área da saúde sexual e reprodutiva só ganha visibilidade após as Conferências Mundial de População e Desenvolvimento que ocorreu na cidade do Cairo em 1994, e a Mundial das Organização das Nações Unidas (ONU) sobre as mulheres realizada em Pequim em 1995. O resultado foi a promulgação da Lei n.º 9263, de 12 de janeiro de 1996, na qual ficou ratificado a regulamentação estatal para realização de esterilização cirúrgica entendida como um dos recursos relacionados com as ações de planejamento familiar como política de saúde e de saúde sexual e reprodutiva. No entanto, não contempla a questão da legalização do aborto. (Alvarenga & Schor, 1998).

A questão da sexualidade e do planejamento familiar só foi oficializada em 1996, pois no período compreendido entre 1984 e 1993, pós-ditadura, pairava uma disputa política-ideológica entre as próprias instâncias de governo – O Ministério da Saúde (MS) e o Estado Maior das Forças Armadas (EMFA). O primeiro já havia assumido uma posição mais alinhada a política social de saúde, desde a Conferência Mundial de População no México em 1984. O Segundo defendia um posicionamento marcado pela questão de uma política demográfica e de segurança nacional.

Em 1994 após a Conferência do Cairo, as discussões sobre a questão do aborto se potencializaram enquanto questão pública, e foram muito exploradas pela imprensa brasileira, que aproveitou a fase de progressiva democratização da sociedade brasileira para produzir debates e publicações sobre os direitos da mulher à luz dos princípios dos direitos sexuais e reprodutivos.

Tal iniciativa abriu caminho para a formulação dos primeiros documentos oficiais específicos para tratar o tema da sexualidade em contexto escolar, como os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN´s) publicados pelo Ministério da Educação em 1997.

AS POLÍTICAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR EM PORTUGAL

Em contexto de ditadura

Os imperativos econômicos alegavam que uma das grades causas para manutenção e aumento da pobreza, era a falta de uma política de organização dos nascimentos, principalmente entre os países e as populações mais empobrecidas, e por conseguinte, mais carentes de cuidados de saúde sanitária e também menos escolarizadas. Assim, políticas de combate à pobreza focalizadas sobre a questão dos hábitos de saúde e sobre a educação se tornaram, ao lado de medidas de intervenção para o controle demográfico, pontos estratégicos para que se pudesse apostar na ideologia do progresso e do crescimento econômico.

Os anos 60 em Portugal são marcados pelo regime de ditadura e por uma crise que levou o país a alcançar altos índices de pobreza, o que impulsionou o fluxo de imigração de muitos portugueses para países estrangeiros, como França, Luxemburgo e Brasil, entre outros. Essa situação provocou uma grande concentração de pessoas em cidades como Lisboa e Porto, por conta de maiores ofertas de trabalho e infra-estrutura social. (Teodoro, 2001)

Como a conjuntura era de crise, as condições de saúde pública e de saúde da população geral também eram precárias, principalmente no que diz respeito à saúde materna e infantil. Os índices de mortalidade infantil, de morte e de morbilidade entre as mulheres eram altos, assim como a recorrência ao aborto clandestino. A falta de uma política pública de

assistência a saúde sexual e reprodutiva era um fato, e as poucas iniciativas de intervenção nesta matéria eram iniciativas promovidas por entidades de natureza intergovernamental como a IPPF, que segundo relata a Associação para o Planeamento da Família (APF) , era muito incipiente e insuficiente diante das necessidades reais.

Em 1962, no entanto, é o ano em que se introduz os primeiros métodos contraceptivos hormonais (a pílula anti-concepcional), sendo a sua prescrição restrita a fins terapêuticos somente. Vale ressaltar o papel pioneiro da Associação para o Planeamento da Família (APF), Organização Não Governamental, que sendo federada da IPPF iniciou, em 1967, as primeiras ações sociais voltadas para planejamento familiar.

O desenvolvimento do planejamento familiar enfrentou resistências por parte da Igreja Católica e dos grupos socialmente organizados ligados a ela, que defendiam um discurso que se baseava no uso funcional da sexualidade e a valorização do matrimónio visando a legitimidade das relações coitais heterossexuais e a negação da manifestação de sexualidades descompromissadas com os fins reprodutivos.

No entanto, com a decisão do Concílio do Vaticano II , representou uma decisão histórica para os dogmas cristãos católicos, porque a Igreja, que se viu obrigada a rever seus dogmas em relação a questão da planificação da família, bem como significou o início de uma certa flexibilização nos valores e nas normas éticas do matrimónio e em relação à moral conjugal e o direito ao exercício do ato sexual, desprovido de fins procriativos, como uma condição primordial para harmonização dos cônjuges. A decisão do Concílio representou uma mudança no discurso da Casti Connubii de Pio XI que refutava o uso de quaisquer métodos contraceptivos que fossem os naturais, e passou a apoiar a questão da planificação da família. (Roberts,T. *et al*., 1972, 22:25:31).,

Em se tratando da questão da contracepção feminina, mesmo com a introdução dos métodos de contracepção em 1962 e as ações da APF a partir de 1967, as mudanças sociais pró-planejamento familiar, incluindo o direito à emancipação da sexualidade feminina só começam a ocorrer após o 25 de abril, embora, antes do mesmo, os movimentos feministas já reivindicassem o direito à interrupção voluntária da gravidez, como um ato que competia a decisão da mulher em si, e não de imposições convencionais ou de fundo religioso. (Remoaldo, 2001)

O processo de democratização da pílula foi alvo de entraves e de retrocessos constantes, entre os anos 60 e o 25 de Abril. Os argumentos para colocação dos obstáculos se sustentavam tanto nos valores morais cristãos como em valores culturais reprodutores das desigualdades de gênero e de direitos em relação à sexualidade, não só entre os sexos, mas entre as classes sociais.

Vale ressaltar, que as mulheres mais pobres por falta de informação para ter acesso aos serviços de aconselhamento e de distribuição gratuita da pílula, terminavam por contrair uma gravidez indesejada e para inviabilizá-la, muitas das vezes recorriam a formas de aborto precárias e altamente inseguras. (Remoaldo, 2001)

A questão do aborto clandestino nesta época era um grave problema de saúde pública, que se reduziu bastante nos dias atuais mais ainda hoje remontam um número expressivos de casos apesar da nova lei .

Após a ditadura

Uma política oficial de contracepção feminina e planeamento familiar se concretizou em Portugal em 16 de Março de 1976, durante a gestão do então Secretário do Estado da Saúde Dr. Albino Aroso.

Nos anos 80 e 90 foram publicados uma série de documentos jurídicos visando o desenvolvimento das políticas de planejamento familiar, nos quais a questão da educação

sexual passou a ser vista como uma de suas componentes e com uma medida de profilaxia perante o aborto clandestino e as gravidezes indesejadas; além de ter representado um direito fundamental à educação, entendida num processo de formação global relacionado com o exercício da cidadania num Estado Democrático de Direito. (Remoaldo, 2001)

Os principais documentos aprovados nos anos 80 foram as Leis n.º 3/84, 24 de Março (versando sobre a Educação Sexual e o Planeamento Familiar), a n.º4/84 de 5 de abril (versando sobre os direitos e apoios à Maternidade e a Paternidade por parte do Estado) e a Portaria n.º52/85 (que complementou o previsto na Lei n.º3/84, quanto à formalização e o regulamento das consultas de Planeamento Familiar e o Centro de Atendimento para Jovens).

Nos anos 90 a questão é reforçada pela Lei n.º48/90 (Lei de Bases da Saúde). No ano de 1998, as discussões sobre o planejamento familiar e a educação sexual ganharam novo fôlego, com a discussão sobre o direito à interrupção voluntária da gravidez pela mulher com uma questão de política social. Neste mesmo ano, foi realizado o primeiro referendo para o tema, e a decisão final foi a manutenção da condição de ilicitude da prática do aborto.

Em fevereiro de 1999, o assunto do Planejamento Familiar volta ser prioritário enquanto matéria legislativa e é aprovado pelo Conselho de Ministros um Plano para uma Política Global de Família, por meio da Resolução n.º7/99. Passados nove meses o governo promulga a Lei n.º129/99, de 11 de agosto e, em seguida o Decreto-Lei 259/2000, de 17 de Outubro, regulamentando a lei anterior e a Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Em Fevereiro de 2007, ocorreu um novo referendo sobre a questão do aborto no contexto das políticas de planejamento familiar. O resultado desta vez contrariou o de 1998, e foi favorável à alteração do Código Penal no artigo 142.º. A ilicitude na prática de interrupção voluntária da gravidez foi excluída, quando realizada com o consentimento da mulher grávida e em estabelecimentos de saúde oficial ou em instituições devidamente certificadas pelo Ministério da Saúde, respeitando a alínea c e a alínea e da Lei n.º16/2007.

ANÁLISE DAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRA DE 1988 E PORTUGUESA DE 1976

O preâmbulo da Constituição Brasileira que diz:

> *«Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil…»*

Da Constituição Federal Brasileira destacamos:

> *Artigo 1.º*
>
> *«A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos em seus parágrafos II, III:*
>
> *II - a cidadania;*
>
> *III - a dignidade da pessoa humana;»*

Artigo 3 º

«Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação»

Artigo 5.º - Parágrafos I e X

«Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

II - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;»

Artigo 6.º

«São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Artigo 205.º

«A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.»

Quanto a Constituição da República Portuguesa, o preâmbulo diz:

«A 25 de Abril de 1974, o Movimento das Forças Armadas, coroando a longa resistência do povo português e interpretando os seus sentimentos profundos, derrubou o regime fascista.

Libertar Portugal da ditadura, da opressão e do colonialismo representou uma transformação revolucionária e o início de uma viragem histórica da sociedade portuguesa.

A Revolução restituiu aos portugueses os direitos e liberdades fundamentais. No exercício destes direitos e liberdades fundamentais, os legítimos representantes do povo reúnem-se para elaborar uma Constituição que corresponde às aspirações do país.

A Assembleia Constituinte afirma a decisão do povo português de defender a independência nacional, de garantir os direitos fundamentais dos cidadãos, de estabelecer os princípios basilares da democracia, de assegurar o primado do Estado de Direito Democrático e de abrir caminho para uma sociedade socialista, no respeito da vontade do povo português, tendo em vista a construção de um país, mais livre, mais justo e mais fraterno…»

Da Constituição da República Portuguesa destacamos:

Artigo 9.º

«São tarefas do Estado:

a) Garantir os direitos e liberdades fundamentais e o respeito pelos princípios do Estado de Direito Democrático;

b) Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efectivação dos direitos económicos, sociais, culturais, ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais;

c) Promover a igualdade entre homens e mulheres;»

Artigo 13.º - Princípios da Igualdade, n.º 2:

«Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções política ou ideológicas, instrução, situação econômica, condição social ou orientação sexual.»

Artigo 26.º - Outros direitos pessoais;

«A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, a capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e a protecção legal contra quaisquer formas de discriminação».

Artigo 67.º - Família;

«1.A família, como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do Estado e a efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros.

2. Incumbe, designadamente, ao Estado para a protecção da família:

c) Cooperar com os pais na educação dos filhos;

d)Promover, pelos meio necessários, a divulgação dos métodos, de planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma paternidade e maternidade consciente;

f) Definir, ouvidas as associações representativas das famílias, e executar uma política de família com carácter global integrado.»

As Constituições Brasileira e Portuguesa apresentam grandes semelhanças no concerne à concepção dos preâmbulos, princípios, direitos, deveres e liberdades fundamentais. Pode-se afirmar que encontram-se bem realçados os valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos.

Em ambas as Constituições a componente ética se ressalta e afirma a importância de se considerar o homem em todas as suas dimensões. No entanto, a Constituição Brasileira, com exceção do artigo 3.º, faz pouca menção à questão da sexualidade com um dos direitos fundamentais. A Constituição Portuguesa, quanto a este aspecto é mais enfática e cita diretamente a referida questão no artigo 13.º, 26.º e 67.º.

A análise dos Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental e Médio, respectivamente - PCN (1997) e PCNEM (1999) e o Educação Sexual em Meio Escolar/ Linhas Orientadoras

OBJETIVOS DOS DOCUMENTOS

Os documentos em questão representam uma regulamentação para as ações pedagógicas com o tema da sexualidade em ambiente escolar. Possuem como objetivo central contribuir para o processo global de educação/formação dos mesmos especialmente no que diz respeito à aquisição de competências pessoais e sociais e a promoção da saúde sexual e reprodutiva em termos gerais e, numa abordagem mais pormenorizada, promover a concretização de uma cultura de não-violência e de reforço da assertividade como estratégia para aquisição de um sentido de coerência e de uma consciência salutogênica, como uma postura cidadã e um exercício de defesa de uma opinião ou argumento nos processos de tomada de decisão em dilemas fundamentais da sociedade, como questões

de saúde pública, de relações interpessoais e sobre a escolha das famílias. (Sampaio, 1999, p.15)

O fortalecimento da assertividade como elemento de reforço para a tomada de decisão e consequentemente aquisição de uma postura positiva e responsável, em relação a todas as dimensões da sexualidade, é também um aspecto que se ressalta no conjunto de objetivos educativos pretendidos.

CARACTERIZAÇÃO

Os documentos em questão se destinam aos alunos do Ensino Básico das séries iniciais até último ano do Ensino Médio que correspondem ao nível do Ensino Secundário em Portugal. Cada documento possui uma organização particular se considerarmos a apresentação explícita. No entanto, se tivermos o cuidado de realizar um leve exercício comparativo, percebemos que em termos de conteúdos a serem tratados e de temas considerados mais relevantes, muitas são as similitudes e logo se percebe a aproximação existente entre ambos em termos de orientação política e de responsabilidade por parte do Estado em implementar nos currículos escolares formas de intervenção educativa com o tema da Educação Sexual visando contribuir para a construção e concretização de um Estado efetivamente Democrático.

PCNS E PCNEM

Diferente do documento elaborado pelo Ministério da Educação de Portugal, o documento brasileiro, não congrega num mesmo volume as orientações curriculares para os alunos do Ensino Médio (EM). As orientações para os alunos do EM estão distribuídas e articuladas nos conteúdos referentes às disciplinas de Filosofia, História e Sociologia, tanto de um modo integrado quanto num modo transversal e interdisciplinar, estando prevista a sua abordagem quando pertinente, nos conteúdos das demais áreas do conhecimento que compõem o currículo tradicional do EM.

Quanto ao Ensino Fundamental (EF), os assuntos/conteúdos a serem tratados respeitam a faixa etária e o grau de maturidade dos alunos para cada grupo de séries. os temas referentes à Educação Sexual, que se designa por Orientação Sexual, se divide em duas partes, sendo a primeira composta por uma Apresentação e uma Justificativa, seguida dos itens Concepção do Tema, no qual destaca como subitem a Sexualidade na Infância e na adolescência; o item O Trabalho de Orientação Sexual na Escola, que destaca como subitens as Manifestações da Sexualidade na escola, a Postura dos Educadores e a Relação Escola-Família, nos quais se destacam as exigências em termos atitudinais e comportamentais sobre dos professores, mais um conjunto de prédicas e indicações de como devem ser introduzidos determinados assuntos (metodologias de ensino), com a devida exemplificação de situações hipotéticas nas quais o professor pode se ver envolvido, e por isso é preciso deter de preparação necessária e adequada para saber lidar com as situações. Por último, a Orientação Sexual como Tema Transversal, no qual destaca os Objetivos Gerais da Orientação (Educação) Sexual que o governo brasileiro considera importantes para aquisição de competências pessoais e sociais para o exercício de sua sexualidade com prazer e responsabilidade segundo uma consciência de cidadania. Assim, são indicados para cada série o seguinte bloco de conteúdo: o Corpo como Matriz da Sexualidade, as Relações de Gênero e a Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids.

Cabe ressaltar que as metodologias participativas e ativas estão contempladas pelo documento quando o mesmo se refere a importância de se trabalhar temas que tenham sido eleitos pelos alunos. Deste modo, tanto o PCN como o PCNEM defendem a aplicação de uma metodologia que tem como primado a valorização dos aspectos técnicos e científicos

articulada a importância da reflexão e análise sócio-política do tema da sexualidade como uma tendência de sociologização do pensamento pedagógico.

Tais documentos apresentam uma coerência com os fundamentos defendidos pela Constituição Federal Brasileira no que concerne à educação.

Na segunda parte são salientados os itens Conteúdos de Orientação Sexual para os quatro ciclos do Ensino Fundamental que correspondem ao 1.º e 2.º ciclos (o bloco das séries inicias - 1.ª a 4.ª – 1.º segmento - antigo primário) e ao 3.º e 4.ºciclos (bloco das séries complementares -5.ª a 8.ª - 2.º segmento – antigo ginásio). São indicados para cada série os critérios de seleção dos conteúdos, no qual se destacam como já mencionados, os assuntos: Corpo como Matriz da Sexualidade; Relações de Gênero; Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids; e por último, o Trabalho com Orientação Sexual em Espaço Educativo Específico, nos quais se destacam a importância da preparação e da responsabilidade do educador como protagonista deste trabalho educativo, conforme o salientado no subitem Postura do Professor.

O EDUCAÇÃO SEXUAL EM MEIO ESCOLAR – LINHAS ORIENTADORAS

No sentido de propiciar um processo de educação global e uma regulamentação de qualidade para o desenvolvimento e concretização da educação sexual em meio escolar, o referido documento destaca a importância de se considerar o debate do tema da sexualidade nos currículos escolares um exercício de cidadania e de uma aprendizagem assente numa tendência a análise sócio-cultural, ética e política da realidade.

O documento se divide em seis capítulos, nota final, mais anexos, contento a bibliografia comentada e o enquadramento legal e normativo da Educação Sexual em meio escolar.

No capítulo I, que contém dos Objetivos do documento e a justificação da utilização da educação pelos pares como estratégia fundamental, são abordados o significado da Educação Sexual nas escolas e a importância de um trabalho com o tema assente num quadro ético de referência, como um norteador da prática educativa articulada com os objetivos pretendidos. Destaca-se também o tipo de metodologia ativa e participativa, assim como o defendido pelos PCN´s e PCEM/ Brasil. O ponto central é a articulação entre aspectos de natureza informativa e os aspectos voltados para os valores pessoais. A intenção é passar uma mensagem sobre a importância da saúde e da responsabilidade, como características essenciais para o exercício da autonomia e da definição das opções individuais.

Dentre as orientações metodológicas recomendadas, a preocupação de criar um clima do «estar-à-vontade» é fundamental entre os professores e os alunos e entre esses e os demais profissionais envolvidos. O investimento na educação pelos pares para um trabalho coeso e de aproveitamento das características de afinidade e liderança dos próprios grupos é uma questão muito ressaltada para as ações educativas com o tema da sexualidade; além de serem muito importantes para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais que se traduzam em assertividade, capacidade de resistência e de tomada de decisão diante de pressões exercidas pelo grupo de pares e pelo parceiro/a.

Nos capítulos 2, 3, 4, 5 e 6, respectivamente, o documento trata da importância da preparação do professor e dos demais profissionais que abordem o tema, para que não transmitirem suas opiniões pessoais e juízos de valor sobre as questões da sexualidade, assim como, alerta para a importância de uma neutralidade na mediação dos debates com alunos e para uma discrição a respeito das revelações que possam surgir por parte dos mesmos. Um outro aspecto muito ressaltado, é a importância do professor ter bom acervo de informação em relação aos assuntos, os serviços e as legislações pertinentes ao

tema para que possa oferecer um apoio bem fundamentado perante às necessidades mais exaltadas pelos alunos.

As preocupações com os conteúdos pertinentes a cada ciclo da Educação Básica e do Secundário são bem especificados, assim como as estratégicas e as necessidades que devem ser prioritariamente trabalhadas nas seguintes articulações: relações entre a escola e a família/encarregados de educação, entre a escola e os Centros de Saúde e, entre a escola e os demais serviços de promoção e de defesa dos direitos dos cidadãos.

No que concerne a nota final, destaca a defesa de uma visão assente na abertura das idéias em relação à temática da sexualidade, principalmente em relação a função educativa formal de responsabilidade do Estado. Salienta ainda, que o documento em questão, enquanto texto de apoio chancelado pelas vias legais e normativas do Estado Português, pretende contribuir com a promoção de uma unidade em termos de linguagem e de concepção nesta matéria, para que as dinamizações com o tema da sexualidade (estratégias, recursos e metodologias de ensino e aprendizagem) se realizem dentro de um espírito de coerência por todas as instituições do Sistema Educativo.

CONCLUSÕES

A trajetória das Políticas de Planejamento (Planeamento) Familiar nos dos países estudados, nos permite uma melhor compreensão de como a questão da Educação Sexual se tornou um assunto relevante a ser incluído nos currículos escolares em termos técnicos e de saúde pública (questão da SIDA); assim como, nos permite entender com a abertura das idéias que envolvem o conceito de sexualidade, saúde, direitos sociais e liberdades fundamentais ganharam a visibilidade e expressão no decorrer das últimas três décadas, apesar das muitas conquistas que ainda são necessárias neste setor; mais ainda assim são progressivas, se comprarmos com o contexto de ditadura.

Embora os movimentos cívicos ligados à Igreja tenham flexibilizado seu posicionamento quanto à questão do uso de métodos artificial para limitação do número de nascimentos de filhos por casal, por meio do uso de práticas de contracepção naturais, a sua visão negativa e funcional da sexualidade se manteve o que de certo modo contribuiu para reforçar valores de tolerância ao duplo padrão de comportamento sexual por parte dos homens e de uma sexualidade disciplinada e contida por parte das mulheres. (Dias, 2002 & Frade, 2003)

Mas esse quadro começou regredir com o avanço ainda mais rápido e acelerado da tecnologia, o que ocasionou alterações acentuadas na vida mulher e em sua posição conquistada no mercado de trabalho. As idéias defensoras de um projeto de vida ganharam grande repercussão diante do discurso pró-maternidade. Essa passou a ser considerada como algo do desejo e vontade da mulher e não o cumprimento de um rito social.

As reformulações que ocorreram no Sistema Educativo Brasileiro e Português, repercutiram a articulação existente entre as orientações políticas implementadas pelos organismos internacionais e suas formas de mandato que não alinhados à defesa defensora do modelo reprodutivo, influenciaram os países a adotarem uma visão mais aberta a respeito da sexualidade que se configurou nas políticas públicas elaboradas no plano nacional e no contexto das práticas educativas de ambos os países partir dos anos 80.

O intuito destas políticas era promover uma educação sexual vinculada à promoção de saúde, salientando a importância da aquisição de novas competências pessoais e sociais para lidar com os valores de uma nova ética sexual, pautada na defesa em primeiro plano da felicidade e da dignidade humana como parâmetros de regulação para os relacionamentos íntimos.

No tocante às Constituições dos referidos Estados, a liberdade e igualdade são grandes pilares estão expressões em seus preâmbulos, nos quais salienta-se uma forma de governança sustentada na promoção de um desenvolvimento social sustentado pelos valores da personalidade humana, onde a questão da sexualidade compõe uma dos direitos fundamentais, expostos no artigo 1.º, 3.º e 5.º, do documento brasileiro e nos artigos 9.º, 13.º e 26.º do documento português. Além disso, guardam entre si características de estabelecerem providências visando a transformação social progressiva para sedimentação de um Estado Democrático de Direito.

Em relação aos documentos publicados pelo Ministério da Educação do Brasil (PCN, 1997) e (PCNEM, 1999) e pelo Ministério da Educação de Portugal (Educação Sexual em Meio Escolar - Linhas Orientadoras, 2000) a forma como o tema da sexualidade é tratado em ambos, apresenta grandes aproximações, no que diz respeito à valorização de uma visão aberta sobre as suas idéias relativas às ações de sistematização pedagógica, aos aspectos metodológicos e de conteúdo. Os aspectos metodológicos são semelhantes, embora o documento português seja mais expressivo e afirmativo quanto a aplicação da estratégia da educação pelos pares. No que se reporta aos aspectos de conteúdo os dois documentos apresentam o mesmo conjunto seletivo e a vertente da promoção da cidadania e dos direitos sociais, como expressões e extensões do que estão postulados nos preâmbulos e artigos das constituições referentes a esta matéria.

Por fim, os dois Estados expressam em todos documentos analisados nestes artigo, medidas de intervenção governativa que possam propiciar uma ação sobre os problemas sociais relacionados com a sexualidade, como a gravidez indesejada na adolescência, a AIDS (SIDA), a discriminação e as práticas de violência física e verbal, como questões graves em termos de desenvolvimento social. Portanto, acreditam em um modelo de educação sexual em meio escolar pautado numa visão holística e compreensiva da realidade social, política, cultural e econômica, na qual a sexualidade, representa um dos assuntos de realce das novas linhas de orientação para a educação e formação .

Concluímos que tanto Brasil quanto Portugal, possuem publicações e orientações legais e normativas, bastantes coerentes e conscientes da importância da articulação entre a escola e os serviços de saúde para a promoção de uma Política de Educação para a Saúde. Políticas essa que precisa ser abrangente e, simultaneamente, eficaz enquanto política oficial de Saúde Sexual e Reprodutiva. Assim, deseja-se que o propósito de afirmação do exercício de cidadania não se amplie apenas em termos oficiais, mas se traduza numa Educação Sexual, entendida na dimensão de uma educação para a Sexualidade e para o exercício de uma maternidade e paternidade saudáveis e responsáveis, bem como, coerentes com os valores do bem-estar e da dignidade humana, como expressão dos direitos e das liberdades fundamentais propostos nas Constituições dos dois países.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarenga, A. & Schor, N. (1998). Contracepção Feminina e Política Pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. *Revista Saúde e Sociedade, 7, 1*, 87-110. [on-line]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901998000100005&script=sci_arttext&tlng=pt%20-%2032k%20-

Amado, J. (2000). A técnica da Análise de Conteúdo. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem (ESE-A.F), 5*, 53-63.

Antunes, M. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento.* Colecção de Ciências da Educação e Pedagogia. Coimbra: Edições Almedina.

Dias, A.M. *et al*, (2002). *Educação da Sexualidade: no dia-a-dia da prática educativa*. Lisboa: Edição da Casa do Professor.

Frade, A. *et al*, (2003). *Educação Sexual na Escola: guia para professores, formadores e animadores*. Lisboa: Texto Editora.

Pires, A.L (2005). *Educação e Formação ao Longo da Vida*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Sampaio, J. (1999). *Prefácio. Educação para a Cidadania*. Lisboa: Plátano Editora.

Remoaldo, P.C. (2001).O passado, o presente e o futuro do Planeamento Familiar em Portugal. *Revista de Demografia Histórica, segunda época, XIX,I*,139-155.

Teodoro. A. (2001). *Organizações internacionais e políticas educativas nacionais: A emergência de novas formas de regulação transnacional, ou uma globalização de baixa intensidade. Transnacionalização da Educação – da crise da educação à «educação» da crise*. Porto: Edições Afrontamento.

CONHECIMENTO *VERSUS* ACÇÃO NA PROBLEMÁTICA DA INFECÇÃO PELO VIH/SIDA

Maria João Monteiro[1] & José Vasconcelos Raposo[2]

Resumo

A tendência actual para iniciar mais precocemente a actividade sexual tem aumentado como resultado de um conjunto de factores e como é óbvio, o risco de contaminação por VIH e também o da gravidez e parentalidade na adolescência. O impacto causado pelo VIH colocou o reequacionamento da sexualidade como fonte determinante na saúde dos indivíduos e como uma questão de urgência social. É depois da década de 80, com a eclosão da epidemia, que o uso de preservativo se assume como a medida comportamental mais eficaz, num contexto cultural marcado pelo uso da pílula que tornava as relações sexuais mais livres do fantasma da gravidez e a expressão da sexualidade como fonte de prazer. Apesar de décadas de informação sobre o valor do preservativo para prevenir a contaminação do VIH, a sua utilização continua, condicionada a um poder simbólico ou a um certo significado sociocultural nas diferentes comunidades e que pode orientar a posição das pessoas.

Palavras-chave

Conhecimento; Acção; VIH/SIDA.

INTRODUÇÃO

O panorama epidemiológico no mundo é sombrio. A noção aproximada das proporções actuais desta epidemia, aponta para 42 milhões de pessoas a viver com VIH/SIDA, dos quais 5 milhões correspondem a novos casos de infecção e cerca de 3.1milhões de pessoas morreram vítimas da doença, das quais cerca de 610.000 tinha menos de quinze anos (ONUSIDA, 2006). E, é naqueles que caminham para a idade adulta que se registam estatísticas ainda mais assustadoras: vivem com VIH/SIDA 11.8 milhões de jovens, dos quais 7.3 milhões são jovens do sexo feminino e 4.5 do sexo masculino, mais de metade das novas infecções ocorrem neste grupo, a um ritmo impressionante de 6.000 jovens infectados por dia, e a maioria dos jovens estão desinformados quanto às doenças sexualmente transmissíveis, relações sexuais e SIDA em geral.

O reconhecimento da necessidade de estratégias direccionadas para os mais jovens decorre da relevância que este grupo assume na luta contra a propagação mundial da epidemia. Foi este objectivo que Peter Piot, sublinhou "*concebendo uma prioridade especial aos jovens modificar-se-á o curso futuro da epidemia"* (UNIFEC,ONUSIDA & OMS, 2002, p.7) e que na sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre VIH/SIDA se concretizou através do estabelecimento de metas operacionais: "*reduzir a prevalência do VIH entre os jovens nos países mais afectados e assegurar, para 2005, que 90% dos jovens, e 95% para 2010, disponham da informação, educação, serviços e habilidades para a vida a fim de reduzir a sua vulnerabilidade ao VIH"* (UNIFEC,ONUSIDA & OMS, 2002, p.23).

É consensual que só o envolvimento dos jovens nos processos de planificação e implementação das estratégias de prevenção, possibilitará a obtenção de resultados

1. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro /Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. **marijosilva@sapo.pt**
2. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. **jraposo@utad.pt**

promissores que se possam reflectir na limitação da evolução da doença, na redução da intensidade do contágio e da gravidade do seu impacto nos diferentes sectores da sociedade. Neste sentido, o perfil da epidemia justifica um diálogo interdisciplinar, por forma a que, actuando sobre uma mesma realidade, se potencialize a compreensão e complementaridade na construção de alternativas visíveis, pragmáticas e eficazes.

Não obstante a multiplicidade e diversidade de estratégias que têm sido levadas a cabo neste âmbito sublinhe-se a falta de uma avaliação diagnóstica mais precisa e dirigida de modo a delinear, aperfeiçoar e avaliar as abordagens interventivas e preventivas. Neste sentido surgiu como ponto de partida para este problema de saúde, com ligação aos aspectos de prevenção, a necessidade de compreender a ambiguidade que caracteriza a relação teórica entre conhecimento e acção, ou seja, a relação entre os domínios cognitivos e comportamentais ou atitudinais, formulando-se como objectivos da investigação a prosseguir os seguintes: Conhecer o comportamento sexual dos inquiridos e avaliar os conhecimentos e atitudes relativas ao preservativo.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

O plano concebido para o desenvolvimento do estudo foi orientado pela natureza do objecto e objectivos do estudo, pelo que, no âmbito da tipologia proposta por Tashakkori e Teddlie (1998), se enquadra nas metodologias mistas do tipo VII, designada por Modelo de Estudos Paralelos Mistos. São estudos realizados numa só fase e que se caracterizam por, na fase de recolha e análise de dados, combinarem variáveis quantitativas e qualitativas e por utilizarem nas suas conclusões, simultaneamente, uma lógica dedutiva e indutiva que, consequentemente, possibilitam a concretização dos objectivos

Descrição da população e amostra

A população do estudo foi constituída por estudantes que frequentavam o 10.º, 11.º e 12.º ano de escolaridade em dezoito escolas do distrito de Vila Real. A técnica de amostragem a que recorremos foi de tipo probabilística, estratificada, e proporcional, tendo em conta as diferenças numéricas verificadas na população de estudantes, quanto ao sexo e ano de escolaridade. De seguida serão apresentados os dados de caracterização geral da amostra do estudo.

Quadro 1. Inquiridos por ano de escolaridade e sexo

Ano de Escolaridade	Sexo				Total	
	M		F			
	n	%	n	%	n	%
10.º	224	46.7	280	41.7	504	43.8
11.º	129	26.9	190	28.2	319	27.7
12.º	127	26.4	202	30.1	329	28.5
Total	480	100.0	672	100.0	1152	100.0

A distribuição da amostra caracterizou-se por uma sobrerepresentação do sexo feminino com 672 elementos (58.3%) e 480 elementos do sexo masculino (41.7%) e por uma frequência não equitativa dos inquiridos por ano de escolaridade, com valor percentual bastante superior no 10.º ano de escolaridade. Tinham idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos, sendo a média de idades de 16 anos.

Instrumento de colheita de dados

Foi utilizado um inquérito que teve como particularidade na sua construção, para

além da consulta bibliográfica, as recomendações do documento "*Research Package on KABP-Knowleddge, Attitudes, Beliefs and Practices/Phase II and on Partener Relations*", desenvolvido pelo grupo de trabalho do Programa Global para a SIDA da OMS. Constituído por oito blocos temáticos, procurou-se conjugar a adaptação temática com os eixos de pesquisa e as características específicas da amostra da população.

Procedimentos

Após contacto formal com os órgãos de gestão dos estabelecimentos de ensino envolvidos no estudo com a preocupação de dar a conhecer as razões, natureza, âmbito e objectivos da nossa investigação, apreciação do questionário, bem como, no reconhecimento de um compromisso assumido quanto à garantia de anonimato da instituição e dos estudantes em causa e à elaboração do relatório final da investigação (resultados essenciais para a planificação dos programas educativos de cada escola), foram delineadas as acções indispensáveis à aplicação do instrumento de colheita de dados, nomeadamente quanto à marcação do dia, disponibilidade dos estudantes e professores procurando-se manter o normal desenvolvimento das actividades pedagógicas.

A sua aplicação obedeceu aos seguintes procedimentos:

- O preenchimento do questionário foi feito durante o período lectivo em datas combinadas com a devida antecedência com o docente da disciplina e foi sempre por nós acompanhada, como forma de minimizar o possível enviesamento ou constrangimentos resultantes da presença do docente;
- Foi antecedida por uma explicação sucinta da investigação em curso, pela solicitação de uma colaboração responsável e pela reafirmação do consentimento, anonimato e confidencialidade dos dados;
- Disponibilidade para prestar algum esclarecimento, acautelando as possíveis implicações nas respostas dos inquiridos.

Após a recolha de dados e usou-se os procedimentos estatísticos do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 10.0 para Windows 2000.

Apresentação e discussão de resultados

A expressão do comportamento sexual põe muitas vezes em confronto as convicções tradicionais sobre o que está determinado «biologicamente» e o que é condicionado culturalmente. Ao inquirir os estudantes a grande maioria, 67.7%, ainda não teve relações sexuais para 32.3% que já teve, de entre os quais 19.1% fizeram-no antes dos 16 anos e 13.2% depois dos 16 anos. Relativamente à distribuição por sexo verificou-se que 49.3% dos inquiridos do sexo masculino que já iniciaram actividade sexual, 33.6% foi antes dos 16 anos e, 20.2% do sexo feminino que já iniciaram vida sexual, 11.4% referiram ter sido depois dos 16 anos.

Em síntese a actividade sexual dos jovens foi mais comum no sexo masculino, 49.3% para 20.2% no sexo feminino, no grupo etário dos 18-20 anos (55.9%) e nos sujeitos que frequentavam o 12.º ano de escolaridade (44.1%). Predomina um parceiro sexual para ambos os sexos, nos últimos doze meses e, um parceiro sexual para o sexo feminino e mais de três parceiros sexuais para o sexo masculino quando inquiridos sobre o número de parceiros durante a vida.

Os resultados do nosso estudo são sobreponíveis aos obtidos num estudo realizado a nível europeu em jovens em idade escolar, que aponta para: a média europeia dos jovens com 15 anos que iniciaram actividade sexual era de 24.1% (28.1% para o sexo masculino e 20.2% para o sexo feminino), com a média de idades a situar-se em 14.0 anos para os rapazes e 14.3 para as raparigas. O valor percentual para os jovens portugueses era de

25.2%, sendo de 30.2% no sexo masculino e 20.3% no sexo feminino. Portugal é o país onde a diferença entre os sexos, quanto à actividade sexual, é mais acentuada.

Poderemos dizer que apesar das mudanças de atitudes e valores da sociedade actual em relação à sexualidade durante a adolescência, com uma maior tolerância para com este comportamento, especialmente em relação às mulheres (Amaro, Frazão, Pereira & Teles, 2004), resultante do processo de emancipação e afirmação social (que decorre da mudança no modo de produção) a análise das práticas sexuais dos jovens coloca em relevo a importância dos processos de influência social que permite sustentar algumas das justificações quer para a reduzida actividade sexual dos jovens quer para as diferenças entre os sexos, de que são exemplos: I) a socialização da identidade de género (Cáceres, 1999; Paiva, 1994, 2000) reservando diferentes papéis sexuais (prazer e iniciativa sexual para os homens, aceitação e submissão para as mulheres), continua a perpetuar a assimetria das expectativas afectivas que se traduz pela valorização da quantidade das conquistas masculinas, e do aspecto romântico e exclusivista de cada envolvimento amoroso para as mulheres; II) as características próprias do modelo de família, determinando a distribuição de papéis e funções inerentes às tarefas de desenvolvimento familiar e os processos de controlo e hierarquização nas relações entre os seus membros; III) os contextos sociais marcados pela ruralidade e que determinam e condicionam os processos de supervisão, mobilidade e anonimato social; e IV) a influência dos pais e amigos que tendem a convergir e a reforçar-se: "as normas, os valores, a estrutura dos grupos de jovens estão em grande parte condicionados pela cultura ou subcultura dos adultos, de onde estes derivam" (Lutte, citado em Matos, Simões, Carvalhosa & Canha, 2000, 15).

A adopção do preservativo tem sido a medida comportamental que mais se destaca, numa tentativa de desenvolver campanhas de promoção da saúde bem sucedidas. Os conhecimentos e atitudes que os sujeitos têm relativamente a este método de prevenção, apresentam-se como componentes preditivos importantes para um comportamento de adesão à sua utilização. Salientou-se, de entre os métodos mais apontados, o preservativo, com 73.4% dos inquiridos a mencioná-lo, cujos resultados relativos aos conhecimentos e atitudes face a este método de prevenção se apresentam no quadro:

Quadro 2. Conhecimentos e atitudes face ao preservativo

Afirmações	Opinião						Total	
	Concordo		Sem opinião		Discordo			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Se utilizado correctamente, o preservativo constitui um método seguro para evitar a gravidez	1 052	91.7	27	2.4	68	5.9	1 147	100.0
A utilização do preservativo torna as relações sexuais menos satisfatórias	258	22.5	646	56.3	243	21.2	1 147	100.0
A utilização do preservativo é mais adequada quando se tem relações sexuais com parceiros ocasionais	558	48.7	262	22.9	325	28.4	1 145	100.0
É fácil usar preservativos durante as relações sexuais	450	39.3	620	54.1	76	6.6	1 146	100.0
Não se devem usar preservativos por motivos religiosos	69	6.0	128	11.1	952	82.9	1 149	100.0
A utilização de preservativos é ofensiva para os namorados	71	6.2	236	20.6	838	73.2	1 145	100.0
O preço dos preservativos é demasiado elevado para que possam ser usados regularmente	480	41.8	348	30.3	319	27.8	1 147	100.0
Se utilizado correctamente o preservativo pode evitar a transmissão de doenças sexuais	1 082	94.3	26	2.3	39	3.4	1 147	100.0

Quanto aos conhecimentos sobre o preservativo, uma percentagem substancial de

inquiridos respondeu correctamente às afirmações apresentadas. Dois factos importantes quanto a esta variável merecem ser destacados. Se por um lado, a aquisição de conhecimentos acerca do preservativo se mostrou particularmente consistente, as mudanças de atitudes e comportamentos não foram tão substanciais. Com efeito, o conhecimento adquirido teve um impacto moderado na expressão de atitudes promotoras de comportamentos de sexo seguro, como se pode constatar quando 22.5% dos jovens consideraram que a utilização do preservativo torna as relações sexuais menos satisfatórias e somente 39.3% referiram que é fácil a sua utilização.

Não pode deixar de ser considerado a quantidade de inquiridos que não emitiu opinião como também a importância do aspecto económico (41.8% consideraram o seu preço elevado), e que pode ter um carácter restritivo ao uso consistente do preservativo. Por outro lado, as diferenças entre os sexos, os rapazes possuindo mais conhecimentos e as raparigas atitudes mais favoráveis, parecem esboçar os contornos de mudança na esfera da sexualidade, que tem vindo gradualmente a verificar-se no sexo feminino, tornando-o mais plástico e aberto às mensagens estereotipadas ou preconceituosas do contexto social e que definem os papéis associados ao masculino ou ao feminino. Uma das implicações deste resultado poderia situar-se no campo dos programas de prevenção, nomeadamente nas actividades de educação para a saúde, com a incorporação desta mudança atitudinal face ao preservativo por parte do sexo feminino, como uma mais valia para o reforço dos comportamentos preventivos.

No que respeita ao uso de algum método para prevenir DST's, a maioria (85.5%) referiu a utilização do preservativo, contra 14.5% que não o fez. Importa acrescentar como um dado relevante que os jovens que não utilizaram método de protecção foram aqueles que demonstraram possuir em média mais conhecimentos sobre o preservativo, colocando em causa a lógica linear dos modelos cognitivos, que aceitam o pressuposto geral segundo o qual as mudanças comportamentais decorrem do débito e do processamento racional da informação, e que tem dado sustentabilidade a muitas campanhas de educação para a saúde (Ogden, 1999).

Ao confrontar com os resultados sumariados noutros estudos, comprovámos alguns aspectos: Morrison *et al.* (1994), numa amostra de adolescentes em situação prisional, com idades compreendidas entre os 14-19 anos, apresentavam um bom nível de conhecimentos sobre o preservativo e DST's, ao que, no entanto, não correspondia atitudes positivas quanto ao uso ou intenção de usar o preservativo, quer com o parceiro habitual ou casuais. Sublinham os autores que, apesar da eficácia dos programas preventivos no domínio cognitivo, o mesmo não se verificou nas mudanças de atitudes e nas percepções negativas face a este método de protecção; Mathai *et al.* (1997), numa amostra considerável de adolescentes, constataram um bom nível de conhecimentos sobre o preservativo, e em geral superiores no sexo masculino, como também Sunmola, Dipeolu, Babalola e Adebayo (2003) verificaram, quer um bom nível de conhecimentos sobre o preservativo, em que a eficácia deste método foi mais salientada pelo sexo masculino, quer o seu uso frequente. No âmbito de uma população específica (jovens com idades compreendidas entre os 11-17 anos, predominantemente do sexo masculino, e com consumos prevalentes de álcool e marijuana), Robertson e Levin (1999) frisam duas importantes conclusões no que respeita ao uso de preservativo: as atitudes face ao preservativo foram factores preditores importantes no uso subsequente, como também estavam mais presentes no sexo feminino, pelo que os autores sublinham a importância dos esforços preventivos considerarem a promoção de atitudes favoráveis face ao preservativo.

Na medida em que os conhecimentos e atitudes face ao preservativo são elementos fundamentais na determinação, consecução e eficácia das estratégias preventivas, parece-nos oportuno que na formulação de diferentes abordagens educativas seja equacionada a diferenciação por sexos e até mesmo por diferentes processos experienciais, tais como

actividade sexual e experimentação de métodos de protecção (aspectos que merecem alguma sensibilidade e precaução), e que poderão ser uma alternativa a processos educativos fortemente marcados pela massificação amorfa da informação. Assim, é importante considerar e compreender as perspectivas dos jovens ao nível da formação das atitudes, o papel desempenhado pelos processos de influência social (normas e pressões do grupo de pares) na regulação dos comportamentos do adolescente, através da informação que transmitem e das atitudes face à sexualidade, e que determinam a expressão da sexualidade, bem como equacionar a eficácia que as fontes de (in)formação, sobretudo dos "media", têm desempenhado na difusão do conhecimento e na promoção de uma imagem social do preservativo que reafirme a sua eficácia no contexto da prevenção e neutralize as ideias de prazer e poder, aspectos que alguns autores reconhecem como fundamentais (Cruz, 1999; Fernandes, Coutinho & Matida, 1992; Dias, Matos & Gonçalves, 2002). Por outro lado, e de grande valor estratégico seria a conjugação de duas vertentes educacionais, os programas de educação sexual na escola (cuja recomendação quanto à garantia do direito à saúde reprodutiva e à promoção da educação sexual estão explicitadas na Lei n.º120/99 e no Decreto-Lei n.º259/2000 e a promoção da comunicação entre pais e filhos acerca das questões ligadas à sexualidade e à prevenção do VIH/SIDA. Aliás no que respeita aos pais, e na medida em que a escassez de diálogo dificulta a obtenção de conhecimentos precisos e incumbe à escola a pesada tarefa da preparação dos jovens para a sexualidade (Anastácio, Vasconcelos-Raposo & Carvalho, 2001), seria importante reafirmar a posição dos pais na influência sobre a sexualidade dos filhos, aliada à vontade que estes têm em dialogar com os pais sobre estes assuntos (Vasquez, 1999). Por exemplo, os estudos pesquisados por Vasconcelos-Raposo e Anastácio (2000) sugerem que quando existe diálogo entre pais e filhos sobre questões relativas à sexualidade, os filhos tendem a ser menos experimentadores e a demonstrarem mais conhecimentos sobre os riscos e também mais utilizadores de métodos contraceptivos quando têm relações sexuais.

É importante salientar que muitas das razões apontadas para a não utilização do preservativo não se restringe a grupos particulares, como nos jovens no caso específico do nosso estudo, mas são uma constante em muitos segmentos sociais (Guimarães, 1996, citado em Sanches, 1999) e que resultam da força dos modelos prescritivos, instituídos como comportamentos esperados e necessários para o desempenho dos papéis de género, e que paralisam ou condicionam as práticas preventivas na construção da sexualidade. Por outro lado, e não menos importante, é de assinalar que neste grupo etário, o desfasamento entre o amadurecimento biológico (sentir-se capaz para ter relações sexuais) e o cognitivo/emocional (capacidade de comunicação e competências), poderá constituir um constrangimento à expressão de condutas preventivas na vida sexual.

Apesar da percentagem de adolescentes que referiu o uso de preservativo ser considerável, era importante explorar outras variáveis que a literatura menciona, nomeadamente as relacionadas com a forma de utilização (antes ou durante o coito), a capacidade de negociação, diálogo, controlo e níveis de stress e que influenciam a eficácia da sua utilização, o uso consistente e o risco de infecção (Caballero Hoyos & Villaseñor Sierra, 2001). De uma forma genérica, poderemos dizer que o processo de incorporação do preservativo pelos jovens é um investimento a longo prazo, cujos esforços passam necessariamente pela transformação da informação em comportamentos saudáveis, por uma desnaturalização dos modelos hegemónicos de comportamentos de género, elementos primordiais a uma compreensão emocional da própria sexualidade. Neste sentido importa equacionar a relatividade que as intervenções educativas têm tido nas mudanças comportamentais, nomeadamente quanto à importância dos papéis de género na decisão do uso de preservativo, que implicam uma relação desigual de poder para negociar e impor o uso num processo de interacção entre parceiros sexuais.

Trata-se de uma tarefa complexa compreender a lógica que em cada grupo conduz

ou não às atitudes de protecção, na medida em que o uso de preservativo não é um comportamento que acontece num vácuo social e cultural, mas num contexto interpessoal carregado de valores, crenças, incertezas e expectativas (Tamayo *et al.*, 2001). Arriscamo-nos a inferir com base nos resultados do nosso estudo, que a utilização do preservativo pela maioria dos jovens pode estar mais associada à prevenção da gravidez (82.7% das raparigas e 74.8% dos rapazes referem o uso de métodos de contracepção, Ross *et al.*, 2004), assumindo-se como uma prioridade maior que a prevenção do VIH, como também a maior referência à sua utilização pelo sexo feminino ser explicada pela capacidade de persuasão mais eficaz quando a sua utilização tem como objectivo prevenir uma gravidez. Aliás, Namerow *et al.* (1987) chamam a atenção para o facto de que os adolescentes são, no que se refere ao uso de anticoncepcionais, muito mais guiados em função de uma estimativa subjectiva da probabilidade de que algo negativo lhes aconteça do que pela consciência realista de risco.

Em síntese, face aos resultados obtidos, destaca-se a importância da variável sexo na vivência do comportamento sexual, fortemente influenciada por determinantes sócio-culturais, de entre as quais se podem destacar as questões de género e poder, a emergência da natureza e função da mulher na sociedade e que dão corpo a distintas simbolizações de masculino e feminino na esfera da sexualidade. Diversos autores sublinham a importância da categoria "género" na discussão da sexualidade, de entre os quais destacamos algumas posições: Foucault (1988) considera a sexualidade como um dispositivo de poder fortemente impregnado por relações assimétricas entre homens e mulheres que faz aparecer de forma contundente as relações entre o biológico e o social; Grimberg (1998, 1999) refere que o género se apresenta como uma construção social e histórica de carácter relacional, que se configura a partir das significações e simbolização cultural das diferenças anatómicas; Garcia (1998) afirma que o género se apresenta como uma dimensão principal da construção social e dos significados que se relacionam com o sexo e a reprodução. Assim, torna-se necessário no campo da sexualidade humana ampliar a discussão e intervenção em torno dos papéis de género, já que estes estão impregnados de singularidades diferenciadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaro, F., Frazão, C., Pereira, M. E., & Teles, L. C. (2004). HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal. International Journal of STD & AIDS, 15, 56-60.

Anastácio, Z. C., Vasconcelos-Raposo, J., & Carvalho, G. S. (2001, Outubro). Educação sexual como contributo para a promoção e educação para a saúde. Actas do I Encontro de promoção e Educação para a Saúde, Beja.

Caballero Hoyos, R., & Villaseñor Sierra, A. (2001). Socioeconomic strata as a predictor factor for constant condom use among adolescents. Rev Saude Publica, 35 (6), 531-538.

Cáceres, C. F. (1999). Salud sexual en una cuidad joven: Un programa comunitário en salud sexual com y para los jóvenes. Lima: UPCH/Redes Jóvenes.

Cruz, J. F. A. (1999). Conhecimento, atitudes e práticas sexuais dos estudantes universitários: Implicações para a prevenção do VIH/SIDA nos jovens. In J. Precioso *et al*. (Coords.), Educação para a Saúde (pp. 217-233). Braga: Departamento de Educação da Universidade do Minho.

Decreto-Lei n.º 259/2000. Diário da República n.º 240, de 17 de Outubro, I série-A (2000).

Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: Implicações para a intervenção. Psicologia, Saúde & Doença, 3 (1), 89-102.

Fernandes, J. C. L., Coutinho, E. S. F., & Matida, A. (1992). Conhecimentos e atitudes relativas a

SIDA/AIDS em uma população de favela do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, 8 (2), 176-182.

Foucault, M. (1988). História da sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal.

Garcia, S. M. (1998). Conhecer os homens a partir do género e para além do género. In Arilha, M., Ridenti, G. U., & Medrado B (Orgs.), Homens e masculinidades. Outras palavras (pp. 31-50). São Paulo: Editora 34.

Grimberg, M. (1998). Relações entre epidemiologia e antropologia. In P. Alves & M. Rebelo (Orgs.), Antropologia da saúde. Traçando identidade e explorando fronteiras (pp. 95-106), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Grimberg, M. (1999). Sexualidade e relaciones de género: Una aproximación a la problemática de la prevención al VIH-SIDA en sectores populares de la cuidad de Buenos Aires. Cuadernos Médicos Sociales, 75, 65-76.

knowledge, sexual behaviour and contraceptive use among adolescents in Níger State of Nigeria. African Journal Reproduction Health, 7 (1), 37-48.

Lei n.º 120/99. Diário da República n.º 186, de 11 de Agosto, I série-A. (1999).

Mathai, R., Ross, M. W., & Hira, S. (1997). Concomitants of HIV/STD risk behaviours and intention to engage in risk behaviours in adolescents in India. AIDS Cara, 9 (5), 563-576.

Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. F., & Canha, L. (2000). A saúde dos adolescentes de Lisboa. Estudo Regional – Lisboa – da Rede Europeia HBSC/OMS (1998). Lisboa: Gabinete de Prevenção da Toxicodependência.

Morrison, D. M., Baker, Sharon A., & Gillmore, M. R. (1994). Sexual risk adolescents in juvenile detention. Journal of Youth and Adolescence, 23 (2), 271-288.

Namerow, P. B., Lawton, A. I., & Philliber, S. G. (1987). Teenagers' perceived and actual probabilities of pregnancy. Adolescence, 22 (4), 32-35.

Ogden, J. (1999). Psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi.

ONUSIDA. (2006). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra: Autor.

Paiva, V. (1994). Sexualidade a género num trabalho com adolescentes para a prevenção do HIV/AIDS. In R. Parker *et al*. (Orgs.), A AIDS no Brasil (1982-1992) (pp.231-250). Rio de Janeiro: Relumé-Dumará.

Paiva, V. (2000). Fazendo arte com camisinha. Sexualidades jovens em tempos de AIDS. São Paulo: Summus.

Robertson, A., & Levin, M. L. (1999). AIDS knowledge, condom attitudes, and risk-taking sexual behaviour of substance-abusing juvenile offenders on probation or parole. AIDS Education and Prevention, 11 (5), 450-461.

Ross, J., Godeau, E., & Dias, S. (2004). Sexual health in young people: Findings from the HBSC study. In C. Candace, R. Chris, M. Anthony, S. Rebecca, S. Wolfgang, S. Oddrun, & B. R. Vivian (Eds.), Young people's health in context. Health Behavior in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey (pp.153-160). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Sanches, K. R. B. (1999). A AIDS e as mulheres jovens: Uma questão de vulnerabilidade. Tese de doutoramento não-publicada, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo.

Sunmola, A. M., Dipeolu, M., Babalola, S., & Adebayo, O. D. (2003). Reproductive

Tamayo, A., Lima, A., Marques, J., & Martins, L. (2001). Prioridades axiológicas e uso de preservativo. Psicologia: Reflexão e Crítica, 14 (1), 167-175.

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches. London: SAGE Publications.

UNICEF, ONUSIDA, & OMS. (2002). Los jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial. Ginebra: UNICEF.

Vasconcelos-Raposo, J. V., & Anastácio, Z. (2000, Setembro). Relações pais-filhos face à sexualidade. V Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia, La Coruña.

Vazquez, M. G. (1999). Educação sexual dos adolescentes nas escolas. Anamnesis, 51 [on-line]. Disponível: http://www.anamnesis.pt/51_2htm.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: EXPERIÊNCIAS - DIA MUNDIAL DA LUTA CONTRA A SIDA

Maria João Baptista[1], Joaquina Fernandes[2], Maria Emília Jorge[3] & Anabela Santos[4]

Resumo

Neste trabalho descreve-se uma acção desenvolvida, no ano lectivo 2007/2008, na Escola Secundária com 3.º ciclo do Fundão no âmbito da área "Infecções sexualmente transmissíveis", integrada no Projecto Promoção e Educação para a Saúde.

Com o objectivo de dotar os alunos de competências que lhes permitam controlar e melhorar a sua saúde foram proporcionadas diversas experiências de aprendizagem: sessão informativa/ debate sobre doenças sexualmente transmissíveis; concurso "o laço"; realização de um programa na Rádio Cova da Beira alusivo ao tema SIDA; distribuição de *pins* e folhetos informativos, acompanhada de reflexão sobre a problemática da SIDA.

Os resultados obtidos foram bastante positivos, sobretudo pela efectiva articulação das estruturas da Escola com as da Comunidade em torno de um objectivo principal comum: prevenir a infecção pelo VIH/Sida.

Palavras-chave

Sida; VIH; educação para a saúde; infecções sexualmente transmissíveis.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde em meio escolar figura entre os objectivos prioritários no que concerne à política educativa do XVII Governo Constitucional [1].

A partilha de experiências educativas e a reflexão sobre os resultados obtidos, com identificação dos pontos fortes e dos menos positivos, é um aspecto fundamental na melhoria contínua da prática educativa e na aprendizagem por parte dos alunos. Constituiu, assim, um importante recurso nas tomadas de decisão planificação/ acção e avaliação por parte dos agentes educativos, os quais deverão realizar, sempre que necessário, as adaptações alicerçadas nos projectos educativos de cada Escola.

Com este trabalho pretende-se dar um contributo no sentido de promover uma maior visibilidade das acções desenvolvidas pelas Escolas na Área da Promoção da Educação para a Saúde, em particular na área das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), para que possam ser melhoradas/ implementadas de forma mais abrangente, sendo este um dos objectivos do Projecto Educativo da Escola (PEE) Secundária com 3.º ciclo do Fundão [2].

A Escola Secundária com 3.º ciclo do Fundão (ESF) é a única Escola secundária pública do concelho do Fundão. Possui uma oferta formativa diversificada: 3.º ciclo do ensino básico regular; cursos de educação e formação; cursos profissionais; todos os cursos Científico-Humanísticos; cursos tecnológicos; ensino recorrente; cursos de educação e formação de adultos. Em 2007/2008 contou com uma população escolar, composta por 700 alunos, repartidos por 35 turmas, 100 professores e 50 funcionários não docentes

1. Escola Secundária com 3.º Ciclo do Fundão. **mariabaptista.esf@gmail.com**
2. Escola Secundária com 3.º Ciclo do Fundão. **jmcf@netvisao.pt**
3. Escola Secundária com 3.º Ciclo do Fundão. **m.emiliajorge@gmail.com**
4. Escola Secundária com 3.º Ciclo do Fundão. **belanna@portugalmail.pt**

(auxiliares de acção educativa, administrativos, serviço de psicologia e orientação).

Entre os objectivos da acção realizada no ano lectivo 2007/2008, no âmbito das IST, destacam-se:

- Contribuir para a concretização do PEE no que diz respeito à educação para a saúde;
- Dinamizar o Projecto Promoção e Educação para a Saúde;
- Promover o envolvimento da comunidade educativa na Escola;
- Promover o envolvimento de ex-alunos na concretização do plano anual de actividades (PAA);
- Colaborar com as instituições na concretização de acções de âmbito regional/ nacional/ internacional;
- Contribuir para a aquisição de hábitos de vida saudáveis;
- Dotar os alunos de conhecimentos, atitudes e valores no âmbito das IST que os ajudem a tomar decisões adequadas à sua saúde, privilegiando a prevenção da infecção pelo VIH/Sida;
- Consciencializar os alunos acerca da importância do seu contributo na construção dos hábitos de vida da sociedade em que estão inseridos;
- Desenvolver capacidades de comunicação.

MATERIAL E MÉTODOS

De acordo com as prioridades identificadas no PEE a área das infecções sexualmente transmissíveis tem vindo a ser considerada de intervenção importante, mas não a mais prioritária. Assim, sendo a concepção do PAA ancorada no PEE, dedica-se normalmente a esta temática um conjunto de acções que decorrem, de forma mais participada, na semana em que se integra o dia 1 de Dezembro, *Dia Mundial da Luta Contra a Sida*.

No ano lectivo 2007/2008, a acção alusiva à referida temática foi proposta e dinamizada por setenta e três alunos do 10.º Ano do curso de Ciências e Tecnologias (CT) em articulação com as quatro professoras da área curricular disciplinar de Biologia e Geologia. Calendarizada para a semana de 26 a 2 de Dezembro de 2007 integrou quatro grandes actividades (ACT1, ACT2, ACT3, ACT4) que se articularam entre si:

- ACT1- Sessões de informação/debate sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST´s) realizadas por uma ex-aluna da Escola e tendo como público-alvo pequenos grupos de alunos (12 elementos, no máximo) do 10.º CT;
- ACT2- Realização de um concurso inter-turmas com a denominação "O laço", exposição dos resultados obtidos e avaliação dos resultados por um conjunto de elementos da comunidade;
- ACT3- Realização, pelos alunos do 10.ºCT com a colaboração da coordenadora do projecto Promoção e Educação para a Saúde da ESF, de um programa de 60 minutos na Rádio Cova da Beira alusivo à SIDA, integrado no programa semanal da responsabilidade da ESF "Dias de Escola";
- ACT4- Distribuição de *pins* e folhetos informativos, realizada pelos alunos do 10.ºCT acompanhados pelas respectivas professoras de Biologia e Geologia, a toda a população escolar.

A ACT1 foi dinamizada por uma ex-aluna da Escola e antecedeu as restantes

actividades. A calendarização foi efectuada de acordo com o horário dos alunos, tendo sido agendada cada sessão para o dia em que a turma possuía o bloco de 135 minutos da área curricular disciplinar de Biologia e Geologia. Nesta opção foi considerado não só a maior disponibilidade temporal, como também o menor número de alunos por grupo, o que proporcionou um ambiente mais informal favorável a um maior número de intervenções, enriquecendo o debate. Foram realizadas, no total, sete sessões abrangendo todos os alunos do 10.º CT (72 no total). No final de cada sessão foram avaliados os conhecimentos adquiridos pelos alunos (aplicando um questionário composto por quinze questões do tipo verdadeiro/falso) bem como a forma e a clareza na abordagem da temática (quatro questões de escolha múltipla).

Na figura 1 apresentam-se o primeiro e o último dos diapositivos utilizados em cada uma das sete sessões, das quais também fizeram parte a apresentação e a discussão de dois *spots* publicitários passados, nessa altura, nas televisões. Todos estes materiais foram gentilmente disponibilizados à Escola.

Figura 1. Primeiro e último diapositivo da sessão de informação/debate realizada.

A ACT2 teve início com a elaboração, pelas quatro professoras de Biologia e Geologia, em conjunto com os alunos do 10.º CT e em articulação com o órgão de gestão da Escola, do regulamento do concurso "O laço". Este regulamento foi divulgado a todas as turmas via directores de turma e no jornal escolar "Olho Vivo". Os professores e alunos da escola interessados em participar agendaram sessões de trabalho, principalmente no espaço DTA – hora de reunião com o director de turma, facultativa para os alunos. Estas sessões foram ocupadas com a planificação do trabalho, recolha dos materiais a utilizar, concepção e execução dos laços bem como a colocação dos mesmos no gradeamento exterior da fachada principal da Escola (dia 28 de Novembro de 2007). Cada turma/ grupo de alunos foi responsável por todas as tarefas, inclusive a remoção do produto exposto (dia 3 de Dezembro de 2007). A Escola não disponibilizou qualquer verba às turmas para a participação no concurso. As turmas teriam de se revelar ecológicas, reutilizando materiais que conseguissem reunir sob condição dos mesmos resistirem às intempéries. Cada laço (um por turma) obedeceu às dimensões e formato estipulados, tendo de apresentar cor predominantemente vermelha e conter mensagens, criadas pelos alunos, alusivas ao tema da SIDA e destinadas à comunidade. O conselho executivo da ESF convidou (figura 2) um conjunto de entidades (Centro de Saúde do Fundão, Rádio Cova da Beira, Rádio Jornal do Fundão, Jornal do Fundão, Jornal Diário XXI, Jornal Olho Vivo, Câmara Municipal do Fundão, Serviços administrativos da ESF) para apreciaram os trabalhos expostos, e disponibilizou-se para oferecer, aos autores do melhor trabalho,

Figura 2. Exemplo de convite dirigido pelo órgão de gestão da ESF às diversas entidades da comunidade.

Ministério da Educação
40 36 59 - Escola Secundária com 3º C.E.B. do Fundão

Ex.mo Sr.
Director do Centro de Saúde do Fundão

Assunto: Convite para participação na selecção dos melhores trabalhos "O LAÇO"- **Dia Mundial da Luta contra a SIDA**

Nas diversas actividades que estão previstas para assinalar o Dia Mundial da Luta Contra a SIDA destaca-se um concurso que foi lançado em todas as turmas da Escola (conforme regulamento que se anexa) e cujo produto ficará **exposto no exterior do gradeamento da fachada da Escola Secundária com 3º ciclo do Fundão**, a partir do dia 29 de Novembro até ao dia 2 de Dezembro (os trabalhos serão removidos dia 3 de Dezembro).

Desta forma, vimos solicitar a V. Exa. colaboração na selecção do melhor trabalho. Para isso basta que **passe no local referido**, no horário que entender, analise os trabalhos expostos e coloque na caixa de correio da guarita da Escola a respectiva votação. Anexamos, para o efeito, o respectivo boletim de voto.

Certos de que poderemos contar com a vossa colaboração, agradecemos desde já a vossa disponibilidade.

Melhores cumprimentos

Fundão, 16 de Novembro de 2007
O Presidente do Conselho Executivo

(Estêvão Gouveia Lopes)

Ministério da Educação
40 36 59 - Escola Secundária com 3º C.E.B. do Fundão

BOLETIM DE VOTO

CONCURSO "O LAÇO"- Dia Mundial da Luta contra a SIDA

Instituição a que pertence o votante _____

Parâmetros que deverá considerar na selecção do melhor trabalho:
- Cristividade
- Melhor conteúdo da mensagem
- Outros que julgar pertinentes

O melhor trabalho pertence ao:

Ano de Escolaridade	Turma

Obrigado pela colaboração

O Presidente do Conselho Executivo

(Estêvão Gouveia Lopes)

uma visita de estudo a um local que os alunos seleccionassem, em articulação com o professor director de turma. As votações decorreram de 29 de Novembro a 2 de Dezembro, tendo cada entidade convidada a oportunidade de contribuir com dois votos. Os resultados foram afixados na Escola e divulgados nos jornais e na rádio Cova da Beira (Figura 3 e 4). A cada entidade foi enviado, em gesto de reconhecimento pela colaboração prestada, um cartaz concebido pelos alunos do clube de Artes da ESF (Figura 5), tendo por base a reportagem fotográfica da actividade, efectuada por um professor da Escola. Foi distribuído a todos os participantes um certificado (Figura 6) igualmente concebido pelos alunos do clube de artes sob orientação do professor coordenador deste espaço.

Na avaliação da ACT2 foram usados como indicadores o nível de participação/ envolvimento dos alunos e das entidades da comunidade bem como o aumento de competências pessoais e/ou sociais. Os Instrumentos de avaliação foram os trabalhos produzidos pelos alunos e os boletins de voto devolvidos, pelas entidades votantes, à Escola.

Na ACT3 os alunos, as professoras de Biologia e Geologia e a professora coordenadora do projecto "Dias da Escola" produziram previamente um guião de entrevista tendo por base os assuntos abordados na ACT1. Este guião serviu de base à gravação nos estúdios da Rádio Cova da Beira do programa alusivo à SIDA. Participaram na gravação quatro alunos voluntários, entre os elementos das quatro turmas do 10.º CT, e a coordenadora do projecto Promoção e Educação para a Saúde da ESF. A entrevista a estes elementos foi efectuada pela professora coordenadora do projecto "Dias da Escola", permitindo simultaneamente informar os ouvintes da RCB e avaliar os conhecimentos dos alunos e competências pessoais/sociais e de comunicação.

A ideia da ACT4 surgiu durante uma visita de estudo realizada pelos alunos do 10.ºCT1 à Feira da Juventude, no dia 17 de Setembro de 2007. A convite da Delegação Regional do Instituto Português da Juventude, de Castelo Branco a turma do 10.ºCT1 deslocou-se a Lisboa, tendo recolhido durante a visita à Feira diversos materiais e contactos que permitiram reunir todos os elementos necessários à concretização desta actividade. Numa primeira fase foram estabelecidos contactos com a Coordenação Nacional para a infecção HIV/Sida solicitando a oferta de 1000 *pins* e desdobráveis informativos sobre a temática

da SIDA. Recebido este material procedeu-se à constituição de grupos de dois alunos, acompanhados por uma professora de Biologia e Geologia, a fim de se deslocarem a cada uma das turmas da Escola para procederem à entrega, a cada aluno, professor e funcionário de um *pin* e de um folheto informativo. Efectuada a calendarização, solicitou-se a cada grupo constituído que redigisse ou seleccionasse uma mensagem alusiva ao tema da SIDA para transmitir aos alunos de cada turma, durante a distribuição dos materiais. O indicador usado na avaliação foi a taxa de concretização desta actividade (Número de turmas programadas/concretizadas), tendo por base os relatos dos alunos e a quantidade de materiais distribuídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ACT1 foi considerada pelos alunos que constituíram o público-alvo bastante positiva. Consideraram que os assuntos abordados e as dúvidas foram convenientemente esclarecidos, que foi utilizada uma linguagem clara e acessível, tendo o discurso sido adaptado à faixa etária dos alunos. Todos os alunos responderam correctamente às 15 questões colocadas.

O sucesso alcançado deveu-se, no nosso entender, à elevada motivação dos alunos conseguida pelas excelentes qualidades de comunicação da mediadora da Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia, pelo facto da informação ter sido veiculada por uma ex-aluna da ESF, finalista do curso de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da Universidade Lisboa, e também pela reduzida dimensão dos grupos de trabalho. O facto de esta actividade ter precedido as restantes revelou-se uma opção bastante ajustada uma vez que foram esclarecidas dúvidas, desfeitos alguns equívocos e preconceitos, permitido um melhor desempenho e, consequentemente, resultados mais positivos nas actividades subsequentes.

Como aspecto menos positivo considerou-se não ser uma actividade exequível, caso se pretendesse abranger todos os alunos da Escola, com os resultados alcançados.

A ACT2 obteve a participação de 24 turmas (70% das turmas da Escola), envolvendo alunos de todos os anos de escolaridade e cursos em funcionamento na Escola. Considerou-se, portanto, o resultado francamente positivo, por se ter tratado de uma actividade voluntária sem anúncio prévio de qualquer tipo de recompensa. A receptividade na Escola foi muito boa assistindo-se a um envolvimento em verdadeiras equipas constituídas por alunos, professores, auxiliares de acção educativa e encarregados de educação. A concepção do "laço" e das mensagens nele contidas gerou inúmeras discussões à volta do tema da Sida, sobretudo na dimensão preventiva, constituindo-se importantes momentos informativos e de reflexão não tão específicos como os gerados na ACT1, mas muito mais abrangentes em termos numéricos e da faixa etária do público-alvo. O sucesso de participação deveu-se, na nossa opinião, principalmente ao empenho dos directores de turma na divulgação e na coordenação da maioria dos trabalhos produzidos, sem esquecer o papel do conselho executivo na participação da comunidade. Relativamente a este parâmetro apenas uma das entidades convidadas não votou nos trabalhos, pelo que se considerou francamente positivo o seu nível de participação/ envolvimento. Na figura 3 e 4 apresentam-se algumas formas de divulgação dos trabalhos mais votados.

Figura 3. Divulgação dos três trabalhos mais votados no jornal escolar "Olho Vivo" de Dezembro de 2007 (Adaptado de [4]).

OLHO VIVO

LUTA CONTRA A SIDA

Laço vencedor (11ºCT3)

Para assinalar o dia Mundial contra a Sida, a Escola promoveu um concurso inter-turmas. Desafiava os alunos a construírem um laço, símbolo da luta contra a sida, em ponto grande (1,70 m de largura por 2,00 m de largura), ficando os materiais ao critério de cada turma. A adesão dos alunos foi grande e entre os dias 29 e 3 de Dezembro, os trabalhos foram expostos no gradeamento da Escola para conhecimento de toda a comunidade.

O júri, constituído por membros da Escola e organismos locais, procedeu à análise pormenorizada de todos os trabalhos tendo sido votado em primeiro lugar o laço elaborado pelo 11° CT3. Em segundo lugar ficaram o 10° CT1 e o CEF2 de Electricidade. As turmas premiadas terão como recompensa uma visita de estudo com os seus directores de turma.

Aqui ficam, para recordação, as fotos dos laços premiados.

2° Prémio (10° CT1) – "Não te deixes apanhar pela rede. Quem entra já não sai."

2° Prémio (CEF Ele 2) – "Ama com o coração e com o preservativo sempre à mão."

Figura 4. Resultados afixados na Escola.

RESULTADOS DO Concurso "O LAÇO"- Dia Mundial da Luta contra a SIDA

Relativamente ao concurso mencionado, informamos todas as turmas que o júri:

- Centro de Saúde do Fundão
- Rádio Cova da Beira
- Rádio Jornal do Fundão
- Jornal do Fundão
- Diário XXI
- Jornal Olho Vivo
- Câmara Municipal do Fundão
- Serviços administrativos da ESF
- Conselho Executivo da ESF

constituído para eleger o melhor trabalho, se pronunciou do seguinte modo:

- **Trabalho mais votado - 11° CT3**
- **Segundo trabalho mais votado - CEF ELE 2 e 10° CT1**

Todos os trabalhos demonstraram o empenho e a preocupação de toda a comunidade escolar pela problemática da SIDA. Assim sendo, todos receberão um certificado de participação que será entregue pelo Director de Turma. Os alunos que elaboraram os três trabalhos melhor pontuados irão conjuntamente a uma visita de estudo a local a combinar pelos três directores de turma.

Parabéns a todos os que contribuíram para a prevenção desta doença que constitui um flagelo mundial!

Lembramos que os trabalhos deverão ser retirados hoje e poderão ser guardados na Escola (solicitar a colaboração da D. Zita).

Fundão, 3 de Dezembro de 2007

O Presidente do Conselho Executivo

(Estêvão Gouveia Lopes)

Os trabalhos mais pontuados foram executados por alunos do 11.º Ano da turma CT1, do 10.º Ano da turma CT1 e do curso de educação e formação tipo 2- área da electricidade, turma 2.

Os laços expostos no gradeamento da Escola permitiram não só a apreciação por parte do júri, como também constituíram um espaço de divulgação e alerta para o público em geral. Não obstante a definição de regras iguais para todas as equipas, destaca-se a grande diversidade de trabalhos (Figura 5), de materiais empregues e de mensagens veiculadas, revelando não só uma elevada criatividade como também o domínio de conhecimentos, sobretudo na área do modo de transmissão do VIH e no modo de prevenção da infecção.

O receio, não concretizado, de ocorrência de vandalismo dos trabalhos expostos demonstrou o civismo de todos e constituiu um indício do reconhecimento da importância da acção desenvolvida.

O impacto da acção nos alunos dinamizadores e/ou participantes foi directamente observada pelos professores envolvidos, principalmente pelos directores de turma, havendo alguns registos escritos que os alunos elaboraram voluntariamente, destacando-se o de uma aluna (Figura 7) por ter sido publicado no Jornal escolar "Olho Vivo", na edição de Dezembro de 2007 [4].

O reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos alunos por parte da comunidade educativa revelou-se de extrema importância como incentivo à participação em futuras acções. O destaque dado pela imprensa regional (figura 8) à ACT2 evidenciou esse mesmo reconhecimento e contribuiu para a promoção da imagem da Escola a nível local, nacional e internacional, devido à ampla distribuição do Jornal do Fundão.

A autonomia, e a responsabilidade destacam-se entre as capacidades mais evidenciadas, nomeadamente no cumprimento das tarefas e dos prazos estipulados.

Figura 5. "Laços" construídos pelos alunos/turmas colocados no gradeamento exterior da ESF. (Cartaz elaborado sob orientação de Nuno Garcia, utilizando fotos de Carlos Ramos).

Figura 6. Certificado distribuído a alunos e professores envolvidos no concurso "o Laço". (Certificado elaborado por Nuno Garcia, utilizando fotos de Carlos Ramos)

Figura 7. Notícia escrita por Ana Carolina Fidalgo do 10.º CT3 e publicada no "Olho Vivo" de Dezembro de 2007 (Adaptado de [4]).

Minutos Enlaçados

…a maior emoção que senti, foi ao ver transeuntes, às vezes até apressados, parando, inclinando-se para admirar o esforço detrás de cada material, de cada pincelada, de cada agrafo.

Foi na passada quarta-feira que o gradeamento verde da nossa escola se encheu de vermelho/solidariedade, com o objectivo não só de assinalar o Dia Mundial da SIDA, mas também o de lembrar à comunidade escolar e exterior este problema que não pode ser curado, apenas evitado.

O objectivo era simples, criar um laço dentro das turmas e expô-lo em frente da escola. No entanto, fazer o laço não pareceu o suficiente. Ver os laços serem colocados no gradeamento, ver o trabalho dedicado de uns e a pequena, mas significativa, participação de outros, foi de facto a grande vitória. Os únicos que perderam foram os que não fizeram laço. Uma pequena parte de mim desconfia do arrependimento desses por não terem perdido um único minuto tentando dar o seu contributo, poder dizer "Este laço, fomos nós que o fizemos". É mais que orgulho, é satisfação pessoal.

No entanto, a maior emoção que senti, foi ao ver transeuntes, às vezes até apressados, parando, inclinando-se para admirar o esforço detrás de cada material, de cada pincelada, de cada agrafo. Porque é aí que reside o laço, não no aspecto exterior. É a dedicação, aquela de que só nós podemos ter conhecimento, o grande valor. E o simples gesto de alguém sem qualquer ligação connosco de tentar entender isso, de perder, também, um minuto com esta causa, torna também essa pessoa um membro activo na elaboração do laço.

Além disso, é justo e certo saber que nem um minuto debruçados sobre aqueles laços foi um minuto perdido.

4 de Dezembro, 2007, Ana Carolina, 10º CT1

Figura 8. Notícia publicada no Jornal do Fundão de 6 de Dezembro de 2007 (Adaptado de [3]).

ESCOLA SECUNDÁRIA LANÇOU CONCURSO

Jovens dão exemplo no combate à SIDA

Escola Secundária lançou um concurso que contribui para sensibilizar os alunos acerca dos comportamentos de risco

JF/CATARINA CANOTILHO

Laço vencedor é composto por pequenos laços que representava as vítimas mortais. O apelo é para que não se complete

Catarina Canotilho - JF

"O OBJECTIVO era lançar a temática e pôr os alunos a reflectir acerca das consequências de uma doença que afecta milhares de pessoas e obviamente ajudá-los a concluir que não vale a pena ter comportamentos de risco. Mas, o importante era que eles chegassem a essa conclusão de forma clara e, simultaneamente, descontraída e nesse sentido pareceu-nos que lançar-lhes o desafio de elaborar um laço em ponto grande – o símbolo da luta – estimulando-os com a possibilidade de receberem um prémio seria a melhor forma". É desta forma que o presidente do Conselho Executivo da Escola Secundária do Fundão, Estêvão Lopes, explica a realização de um concurso inter-turmas que pretendia assinalar o Dia Mundial de Luta Contra a SIDA (1 de Dezembro) e desafiava os alunos a elaborarem em ponto grande o símbolo da luta contra a SIDA. A adesão dos alunos foi considerável e o resultado prático foi exposto no exterior da escola entre os dias 29 e 3 de Dezembro.

"O balanço só pode ser positivo. Tivemos mais de cinquenta por cento das turmas a participar. E notámos que os alunos estavam empenhadíssimos. Além disso, lançámos a discussão e a reflexão que era o mais importante e pelas mensagens apostas nos laços verifica-se que o conceito da protecção foi apreendido", sublinha.

No final o laço escolhido pelo júri (membros da escola e outros de organismos locais) foi o elaborado pelo 11.º CT3. Em segundo lugar ficou o 10.º CT1 e o curso de electricidade.

Foi referido pelos participantes, como aspecto menos positivo, a ausência de uma verba para a concepção do "laço". Salienta-se, que a Escola colocou ao dispor tintas, cola (…) e outros materiais de utilização corrente.

Com a passagem do programa de rádio, no dia 28 de Novembro de 2007, os ouvintes da Rádio Cova da Beira puderam esclarecer dúvidas e aumentar o grau de conhecimentos na prevenção da infecção pelo HIV/Sida. A participação no programa de rádio constituiu um importante espaço de valorização do empenho dos alunos revelando, entre outras, as capacidades de responsabilidade, de comunicação bem como, o grau de domínio dos conhecimentos sobre o tema HIV/SIDA. Além disso, esta actividade proporcionou a quatro alunos o contacto, pela primeira vez, com um estúdio de rádio, a participação numa gravação de um programa e a exploração do *software* utilizado para o efeito.

Como aspecto menos positivo os alunos referiram, aos professores que colaboraram nesta actividade, que seria necessário um trabalho mais continuado para uma verdadeira aprendizagem das técnicas usadas na rádio.

A distribuição de *pins* e dos folhetos informativos a cada um dos alunos e funcionários da escola decorreu durante a manhã do dia 29 de Novembro. No início de cada aula, os alunos encarregues desta actividade acompanhados pelas respectivas professoras, e após autorização prévia do Conselho Executivo e dos diversos professores que se encontravam com cada uma das turmas, distribuíram todos os materiais divulgando, em simultâneo, as suas mensagens. Da observação efectuada pelos professores que acompanharam os alunos às diversas turmas sentiu-se a necessidade de um maior treino na forma de comunicação das mensagens nas turmas, sobretudo se for efectuada por alunos com dificuldades de expressão/ comunicação. A Taxa de concretização foi de 100% uma vez que foi distribuído a todos os elementos da população escolar os materiais previamente definidos.

CONCLUSÕES

É possível a realização de acções interdisciplinares, simples, envolvendo a participação de toda a comunidade escolar e com um contributo efectivo de outras entidades externas à Escola. Os resultados alcançados ultrapassaram os objectivos inicialmente fixados, sobretudo no que diz respeito à valorização do empenho dos alunos, na demonstração da instrumentalidade da Escola e na promoção e valorização da sua imagem.

Será este um dos caminhos que teremos de percorrer na prevenção primária do abandono escolar?

Agradecimentos

Ao Conselho Executivo da ESF, Ao Centro de Saúde do Fundão, Jornal do Fundão, Câmara Municipal do Fundão, Rádio Cova da Beira; À Dr.ª Margarida Carlos; Ao Dr. Carlos Ramos; Ao Dr. Nuno Garcia; À coordenadora do Projecto Promoção e Educação para a Saúde na ESF.

BIBLIOGRAFIA

[1] http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Paginas/areas_Prioritarias.aspx

[2] Projecto Educativo da Escola Secundária com 3.º ciclo do Fundão, triénio 2006-2009

[3] Canotilho, C. (2007, Dezembro 6). Jovens dão exemplo no combate à SIDA. *Jornal do Fundão*, pp.12.

[4] Fidalgo, A.C.A, (2007). Minutos enlaçados. *Jornal Olho Vivo,* de http://escola-sec-fundao.ccbi.com.pt/course/category.php?id=21

EDUCAÇÃO SEXUAL NA ACTUALIDADE: PERSPECTIVAS E CAMINHOS

Marta Reis[1], Margarida Gaspar de Matos[2] & Equipa Aventura Social

Resumo

O aumento das IST's, da gravidez indesejada e de outros tantos riscos ligados à actividade sexual faz com que os jovens sejam considerados um grupo de intervenção prioritário em termos de saúde sexual e reprodutiva. Para se promover atitudes e comportamentos sexuais saudáveis é essencial a concretização de uma educação sexual que tenha como objectivo desenvolver atitudes e competências nos jovens, permitindo que estes se sintam informados e seguros nas suas escolhas (GTES, 2005; 2007a; 2007b). Analisados os resultados do estudo nacional HBSC/OMS, verificamos que quer os factores de risco quer os de protecção em relação aos comportamentos sexuais de risco dos adolescentes são inúmeros. Sendo assim, é crucial que a educação sexual abranja intervenções tipo preventivo de carácter universal, abrangendo toda a população escolar e respectivos contextos de vida: escola, família e grupo de pares, e intervenções mais específicas, em pequenos subgrupos identificados como de "risco".

Palavras-chave

Educação sexual; comportamentos sexuais; jovens.

IMPORTÂNCIA DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NOS JOVENS

Tendo como pressuposto o movimento a nível mundial de promover um maior nível de saúde sexual e reprodutiva na população, e de se considerar os jovens como um grupo social vulnerável (FNUAP, 2005; Matos e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003), há uma necessidade urgente de identificar e actuar directamente nos problemas que assolam a sexualidade e a vida dos jovens.

Um dos maiores problemas é o aumento das infecções sexualmente transmissíveis (IST's), nomeadamente do vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficência adquirida - VIH/SIDA. uma vez que metade de todas as novas infecções por VIH/SIDA, cerca de 6000 diariamente, ocorrem entre jovens com idades entre os 15 e os 24 anos (Marques, Martingo & Frade, 2006).

Também é preocupante o aumento da percentagem de gravidez na adolescência. Segundo o relatório do Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP, 2005), Portugal regista 19 nascimentos por cada 1000 adolescentes na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

Para além destes, é de considerar simultaneamente outros riscos ligados à actividade sexual, designadamente o uso inconsistente de contracepção e do preservativo (Beadnell *et al*., 2005; Brook, Morojele, Zhang & Brook, 2006), o número de parceiros sexuais, a existência de parceiros sexuais ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e os comportamentos sexuais de risco (Eaton *et al*., 2005).

Por conseguinte, torna-se fundamental procurar perceber os factores subjacentes aos comportamentos sexuais de risco dos jovens, uma vez que estes podem originar graves consequências tanto ao nível pessoal como ao nível sócio-económico da sociedade.

1. Projecto Aventura Social - Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa. **aventurasocial@fmh.utl.pt**
2. Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa. **mmatos@fmh.utl.pt**

Os conhecimentos sobre as IST's (nomeadamente do VIH/SIDA) e os métodos contraceptivos, têm sido as variáveis mais estudadas cientificamente, no âmbito da sexualidade. Contudo, a maior parte dos estudos mostra também que o conhecimento apesar de necessário não é suficiente para as pessoas modificarem o seu comportamento, uma vez que existem outros factores extremamente importantes que podem interferir nos diferentes tipos de comportamento. Assim as atitudes, positivas ou negativas (por exemplo de que o preservativo é necessário para todos ou de que só é necessário quando não se conhece o parceiro), as crenças relacionadas com o preservativo (como acreditar que este, tira o prazer), a ideia do apoio por parte das pessoas significativas (família, pares, entre outros), as acções dos pais e as aptidões comportamentais (relacionadas com a comunicação, assertividade, negociação, auto-eficácia) e, ainda, a intenção de ter sempre comportamentos sexuais seguros/preventivos (Carvalho & Baptista, 2006; Nodin, 2001) assumem uma dimensão a ser estudada.

É crucial que o jovem perceba que a sua sexualidade pode ser vivida de forma saudável e feliz, que para se proteger face às ISTs', ao VIH/SIDA e à gravidez não desejada terá que usar sempre contracepção e que o preservativo é a única forma de protecção contra o VIH/SIDA e as outras IST's (Nodin, 2001). Como tal é preciso educar os jovens *antes* destes se depararem com tomadas de decisão acerca da sua sexualidade e comportamentos sexuais, o que implica trabalhar na aquisição de conhecimentos mas, também, de atitudes e competências importantes na promoção de uma vida sexual e reprodutiva saudável (FNUAP, 2005).

O QUE É A EDUCAÇÃO SEXUAL?

A Educação Sexual é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis (GTES, 2005; 2007a; 2007b). O facto de os jovens terem actualmente muita facilidade em obter informação não garante que estes escolham informação correcta e consequentemente que as suas escolhas sejam as mais adequadas, por isso a educação sexual poderá fornecer uma ajuda na triagem desta informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma (Piscalho, Serafim, & Leal, 2000). A educação sexual não deve cingir-se a informações sobre os aspectos físicos do acto sexual, é essencial a abordagem de outros aspectos, como os sentimentos e os afectos (Aquilino, & Bragadottir, 2000).

Se considerarmos a educação sexual a única forma de prevenir comportamentos de risco, seja desempenhando comportamentos preventivos, seja alterando os comportamentos iniciais de risco - deve-se ter em conta a importância da aquisição das competências cognitivas e comportamentais necessárias (à implementação desses determinados comportamentos – ou à capacidade de mudança desses outros), a avaliação de vulnerabilidade ao risco e da motivação para a mudança e, ainda, factores situacionais que possam intervir na implementação desse comportamento/mudança, como as normas sociais, a pressão dos amigos (grupo de pares) e a influência do parceiro.

Mas a educação sexual no âmbito da educação para a saúde implica também a consciencialização do desenvolvimento dos jovens por parte dos agentes educativos envolvidos (de forma directa ou indirecta), como são as famílias, escolas, comunidades, instituições, organizações não-governamentais, autarquias, institutos públicos e particulares, locais de lazer e diversão.

EDUCAÇÃO SEXUAL EM PORTUGAL

Em Portugal, a implementação da educação sexual nas escolas tem originado, nos últimos anos, um grande debate. Em 1978, 1981 e 1984 a questão da legalização do aborto dividiu a população portuguesa. Apesar deste não ter sido aceite nessa altura, esta questão justificou a primeira legislação sobre educação sexual nas escolas. Contudo, em 1985 a preocupação com a educação sexual voltou a sofrer uma estagnação (Reis, & Vilar, 2004). Em 1997, na sequência da identificação de vários problemas e necessidades não resolvidas relativamente aos direitos sexuais e reprodutivos da população, a educação para a sexualidade tornou-se obrigatória. Entre 1995 e 1998, o Programa de Promoção e Educação para a Saúde e a Associação para o Planeamento da Família criaram o Projecto "Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas — Um Projecto Experimental". Até 2005 pretendeu-se fazer uma generalização gradual desta experiência nas escolas portuguesas no sentido da integração regular de projectos e actividades de Educação Sexual nos vários níveis de ensino (Marques *et al*., 1999).

Em 2005 foi criado um Grupo de Trabalho para a Educação Sexual (GTES)/Educação para a Saúde em Meio Escolar que determinou que a educação sexual seria abordada no âmbito de um programa de promoção da saúde. De acordo com as recomendações deste grupo de trabalho, no relatório final apresentado em 2007, os assuntos a abordar deviam envolver, entre outros, o entendimento da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projecto de vida que engloba valores e uma dimensão ética, a compreensão dos aspectos relacionados com as principais ISTs (incluindo o VIH/SIDA), a maternidade na adolescência e a interrupção voluntária da gravidez, assim como aspectos relacionados com o uso de métodos contraceptivos e preservativo para a prevenção da gravidez na adolescência e das ISTs, respectivamente.

A promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é um importante contributo para a sua formação pessoal e social, e a sensibilização para a importância da educação sexual como meio de promoção da saúde nas escolas tem aumentado significativamente, dando origem à criação de um modelo de intervenção para as escolas. É essencial que este modelo desenvolva tendo em conta as características próprias da adolescência e que se generalize às escolas de todo o país, permitindo que se consigam obter ganhos na saúde dos nossos adolescentes.

ESTUDO HBSC/OMS - *HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN*: O COMPORTAMENTO SEXUAL DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES EM 2006

O estudo dos comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes e dos factores que influenciam esses comportamentos é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde e para programas de intervenção dirigidos a adolescentes, pais e profissionais na área.

O HBSC/ OMS (*Health Behaviour in School -aged Children*) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, realizado de 4 em 4 anos por uma rede europeia de profissionais ligados à saúde e educação. Portugal participa neste estudo desde 1994 através da equipa do Projecto Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana.

O instrumento de avaliação utilizado no estudo português é o adoptado no estudo Health Behaviour in School-aged Children (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000). Do questionário, que engloba um vasto conjunto de questões sobre comportamentos e estilos de vida na adolescência, foram seleccionadas questões relacionadas com aspectos sociodemográficos, comportamento sexual, e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA.

MÉTODO

Participantes

Como se pode ver no quadro 1, a amostra nacional do estudo HBSC de 2006, realizado pela equipa do Projecto Aventura Social é constituída por 4877 adolescentes, dos quais 49,6% são rapazes e 50,4% raparigas, com uma média de idades de 14 anos (*DP*=1.89). A maioria dos adolescentes é de nacionalidade Portuguesa (96.8%) e apresenta um baixo estatuto socioeconómico (69.7%). No que diz respeito ao ano de escolaridade, 31,7% frequentam o 6.º ano, 35,7% frequentam o 8.º ano e 32,6% frequentam o 10.º ano e estão distribuídos proporcionalmente pelas 5 regiões educativas do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve). A amostra foi aleatória e tem representatividade nacional para os jovens que frequentam estes graus de ensino, no ensino oficial (Matos *et al*., 2006).

Quadro 1. Características demográficas da amostra total, 2006 (6.º, 8.º e 10.º ano) (N=4877)

	N	%	M	DP
Género				
Rapaz	2417	**49.6**		
Rapariga	2460	**50.4**		
Idade			**14.01**	**1.89**
6.º ano			11.87	0.69
8.º ano			14.16	0.96
10.º ano			16.01	0.92
Nacionalidade				
Portuguesa	4548	**96.8**		
CPCL (Africana + Brasileira)	150	3.2		
Nível socioeconómico				
Baixo	2681	**69.7**		
Médio Alto	1165	30.3		
Ano de escolaridade				
6.º ano	1546	31.7		
8.º ano	1740	35.7		
10.º ano	1591	32.6		

Procedimento

A recolha de dados realizou-se em 2006, tendo sido seleccionados os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, distribuídos por 136 escolas públicas do ensino regular. No sentido de se obter uma amostra representativa da população escolar portuguesa das idades indicadas no protocolo internacional (11, 13 e 15 anos) foram seleccionadas aleatoriamente escolas da lista nacional do Ministério da Educação, estratificada por regiões do país (cinco regiões escolares: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). De acordo com o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), a técnica de escolha da amostra foi a "*cluster sampling*" em que o "*cluster*" ou unidade de análise foi a turma. A administração dos questionários realizou-se no contexto da sala de aula. O preenchimento dos questionários foi supervisionado por um professor, ao qual era dirigida uma carta relativa aos procedimentos para a sua aplicação. Antes do preenchimento os alunos foram informados que a resposta ao questionário era voluntária, confidencial e anónima. O tempo de preenchimento do questionário situou-se entre os 60 e os 90 minutos.

Resultados

As análises e procedimentos estatísticos foram efectuados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 14.0) para Windows.

Comportamentos Sexuais:

Relações Sexuais

No que se refere à amostra total (6.º, 8.º e 10.º anos), a maioria dos jovens afirma que nunca teve relações sexuais (81.8%). Dos jovens que referem ter iniciado a sua vida sexual, 23% são rapazes e 14% são raparigas (ver quadro 2).

Quadro 2. Frequência de Relações Sexuais – Amostra Total, 2006 (6.º, 8.º e 10.º anos) (N=4636)

	Relações Sexuais	
	Sim	Não
Amostra Total	18.2	**81.8**
Género		
Rapaz	22.9	**77.1**
Rapariga	13.8	**86.2**

Diferenças entre género para as questões relativas ao comportamento sexual – Amostra Total, 2006 (6.º, 8.º e 10.º anos) que referiu já ter tido relações sexuais

Observou-se que do total da amostra, 780 jovens já tinham iniciado a sua vida sexual. Destes, 63.7% referem ter tido a sua primeira relação sexual aos 14 anos ou mais tarde, 84.1% usou contracepção na última relação sexual, designadamente o preservativo (93%) e a maioria mencionou nunca ter tido relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas (85.9%).

Os resultados mostraram que, apesar de quer a maioria de rapazes (51.3%) quer de raparigas (82%) terem tido a primeira relação sexual aos 14 aos ou mais tarde, os rapazes (24.8%) mais frequentemente que as raparigas (12.3%) iniciaram entre os 12 e os 13 anos; e as raparigas (82%) mais frequentemente que os rapazes (51.3%) aos 14 anos ou mais tarde.

Quanto à utilização ou não de método contraceptivo na última relação sexual, rapazes (74.2%) e raparigas (98.5%) usaram-no mas, os rapazes (25.8%) mais frequentemente que as raparigas (1.5%) não usaram.

Relativamente à escolha do método contraceptivo na última relação sexual, rapazes (92.1%) e raparigas (94.6%) optaram pelo preservativo. No entanto, as raparigas (55%) mais frequentemente que os rapazes (33.5%) optaram pela pílula e os rapazes (9.1%) mais frequentemente que as raparigas (1.7%) optaram pelo espermicida.

No que diz respeito às relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas existem mais rapazes (16.5%) do que raparigas (10.6%) a referir que já tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (ver quadro 3).

Quadro 3. Diferenças entre género para as questões relativas ao comportamento sexual – Amostra Total, 2006 (6.º, 8.º e 10.º anos) que referiu já ter tido relações sexuais

Jovens que já tiveram Relações Sexuais							
	Rapaz (N=464)		Rapariga (N=316)		Total (N=780)		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Idade da 1.ª Relação Sexual							80.247***
11 anos ou menos	111	23.9	18	5.7	129	16.5	
12 – 13 anos	115	**24.8**	39	**12.3**	154	19.7	
14 anos ou mais	238	**51.3**	259	**82.0**	497	63.7	
Uso de métodos contraceptivos na última relação sexual							17.513***
Sim	72	**74.2**	66	**98.5**	138	84.1	
Não	25	**25.8**	1	**1.5**	26	15.9	
Métodos contraceptivos escolhidos na última relação sexual							
Preservativo							1.631
Sim	394	**92.1**	261	**94.6**	655	**93.0**	
Não	34	7.9	15	5.4	49	7.0	
Pílula							17.371***
Sim	61	**33.5**	104	**55.0**	165	44.5	
Não	121	66.5	85	45.0	206	55.5	
Coito interrompido							1.029
Sim	17	11.6	20	15.9	37	13.6	
Não	129	88.4	106	84.1	235	86.4	
Espermicida							6.766**
Sim	13	**9.1**	2	**1.7**	15	5.7	
Não	130	90.9	119	98.3	249	94.3	
Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas							5.410*
Sim	77	**16.5**	34	**10.6**	111	14.1	
Não	391	83.5	287	89.4	678	**85.9**	

**p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001*
A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|

Diferenças entre géneros para as questões relativas ao comportamento sexual - amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8.º e 10.º ano)

Na amostra parcial (só alunos do 8.º e 10.º ano), mais de metade dos alunos refere que a maioria dos jovens da sua idade nunca teve relações sexuais (55.1%) e que os jovens costumam iniciar a sua vida sexual com 14 anos ou mais (80.2%). A maior parte refere que quando os jovens têm relações sexuais é o casal que decide quando é a altura (57.2%), e que têm relações sexuais porque querem experimentar (53.4%) e porque estão apaixonados (49.9%), que as principais razões para o uso do preservativo são evitar a gravidez (80.9%) e a transmissão do VIH/SIDA (73.3%) mas também de outras IST's (74.6%). A maioria dos inquiridos refere que se sentiria à vontade para conversar com o parceiro sobre o uso de preservativo (75%), convencer o parceiro a usar preservativo (76.5%), recusar ter relações sexuais sem preservativo (69.8%) e recusar ter relações se não quisesse (75.4%).

Quando comparados os géneros, constata-se que os rapazes referem mais frequentemente que os jovens da sua idade não tiveram relações sexuais (58.9%) e que

têm a primeira relação sexual porque querem experimentar (56.5%). As raparigas referem mais frequentemente que quando os jovens têm relações sexuais, decidem os dois quando acham que é a melhor altura (61.2%), que têm a primeira relação sexual porque estão muito apaixonados (54.2%) e porque namoram há muito tempo (34.1%).

Quando questionadas sobre as razões para o uso do preservativo, as raparigas referem mais frequentemente que serve para evitar IST's (78.2%) e o VIH/SIDA (74.8%).

Por outro lado, os rapazes sentem-se mais à vontade para falar com o parceiro sobre o uso do preservativo (79%). As raparigas referem que se sentem à vontade para recusar ter relações sexuais se não quiserem (83%) e recusar ter relações sexuais sem o uso do preservativo (76.6%), no entanto sentem-se pouco à vontade para convencer o parceiro a usar o preservativo (12.1%) (ver quadro 4).

Quadro 4. Diferenças entre género para as questões relativas ao comportamento sexual – Amostra parcial, 2006 (8.º e 10.º anos) (N=2593)

	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Maioria dos jovens da tua idade já teve relações sexuais							13.205***
Sim	487	41.1	678	48.2	1165	44.9	
Não	699	**58.9**	729	**51.8**	1428	**55.1**	
Percepção da idade em que os outros jovens tiveram a primeira relação sexual							3.152
11 anos ou menos	22	3.0	23	2.5	45	2.7	
12 – 13 anos	113	15.2	167	18.5	280	17.0	
14 anos ou mais	606	81.8	714	79.0	1320	**80.2**	
Quando os jovens têm relações sexuais...							73.321***
É o rapaz que toma a iniciativa	520	37.1	415	26.5	935	31.5	
É a rapariga que toma a iniciativa	42	3.0	12	0.8	54	1.8	
Decidem os dois quando acham que é a altura	740	**52.8**	958	**61.2**	1698	**57.2**	
Têm relações porque um deles insiste	69	4.9	140	8.9	209	7.0	
Outra Razão	30	2.1	41	2.6	71	2.4	
Os jovens têm a sua primeira relação sexual porque...							
Querem experimentar							11.698***
Sim	892	**56.5**	886	**50.6**	1778	**53.4**	
Não	687	**43.7**	866	**49.4**	1553	46.6	
Estão muito apaixonados							27.703***
Sim	712	**45.1**	950	**54.2**	1662	49.9	
Não	867	**54.9**	802	**45.8**	1669	50.1	
Já namoram há muito tempo							55.822***
Sim	354	**22.4**	598	**34.1**	952	28.6	
Não	1225	77.6	1154	**65.9**	2379	**71.4**	
Razões para uso do preservativo							
Evitar a gravidez							3.782
Sim	1255	79.5	1439	82.1	2694	**80.9**	

Não	324	20.5	313	17.9	637	19.1	
Evitar o VIH/SIDA							4.182*
Sim	1132	**71.7**	1311	**74.8**	2442	**73.3**	
Não	447	**28.3**	441	**25.2**	888	26.7	
Evitar outras IST´s							25.601***
Sim	1114	**70.6**	1370	**78.2**	2484	**74.6**	
Não	465	**29.4**	**382**	**21.8**	847	25.4	
Como te sentirias nas seguintes situações							
Conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo							42.907***
À vontade	1143	**79.0**	1181	**71.5**	2324	**75.0**	
Pouco à vontade	104	**7.2**	231	**14.0**	335	10.8	
Não me sinto capaz	33	**2.3**	58	**3.5**	91	2.9	
Não sei	167	11.5	182	11.0	349	11.3	
Convencer o parceiro a usar preservativo							21.820***
À vontade	1121	76.9	1269	76.1	2390	**76.5**	
Pouco à vontade	118	**8.1**	201	**12.1**	319	10.2	
Não me sinto capaz	33	2.3	45	2.7	78	2.5	
Não sei	185	12.7	152	**9.1**	337	10.8	
Recusar ter relações sexuais sem preservativo							81.718***
À vontade	910	**62.0**	1280	**76.6**	2190	69.8	
Pouco à vontade	185	**12.6**	111	**6.6**	296	9.4	
Não me sinto capaz	140	**9.5**	100	**6.0**	240	7.7	
Não sei	232	**15.8**	179	**10.7**	411	13.1	
Recusar ter relações sexuais se não quiser							112.772**
À vontade	976	**66.8**	1387	**83.0**	2363	**75.4**	
Pouco à vontade	165	**11.3**	83	**5.0**	248	7.9	
Não me sinto capaz	82	**5.6**	50	**3.0**	132	4.2	
Não sei	239	**16.3**	151	**9.0**	390	12.4	

**p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001*
A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|

Diferenças entre géneros para as questões relativas à Educação Sexual - amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8.º e 10.º ano)

Como se pode observar no quadro 5, a maioria dos jovens que frequenta o 8.º e 10.º anos de escolaridade refere que a educação sexual serve para ajudar a ter mais informação (81.8%) e tirar dúvidas (53.9%). Estes jovens referem que se sentem à vontade para falar de educação sexual com os amigos (85.4%) e colegas (69.9%), e pouco à vontade com os pais (61.5%) e professores (73.3%).

As raparigas referem mais frequentemente que a educação sexual serve para ter mais informação (83.4%) e tirar dúvidas (59.5%) do que os rapazes (80.1% e 47.6%, respectivamente). Quando questionadas sobre como se sentem a falar de educação sexual, as raparigas referem mais frequentemente que os rapazes que se sentem pouco à vontade para falar com os professores (75.3%) e pais (65.3%) (71.1% e 57.2%, respectivamente). Os rapazes mencionam mais frequentemente que as raparigas que se sentem à vontade

para falar com os amigos (87.5%) e colegas (77.2%) (83.6% e 63.4%, respectivamente).

Quadro 5. Diferenças entre género para as questões relativas à Educação Sexual – Amostra parcial, 2006 (8.º e 10.º anos) (N=3331)

	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
A Educação Sexual serve para te ajudar a...							
Ter mais informação							6.224*
Sim	1264	**80.1**	1461	**83.4**	2725	**81.8**	
Não	315	**19.9**	291	**16.6**	606	18.2	
Tirar dúvidas que tens							47.384***
Sim	752	**47.6**	1043	**59.5**	1795	**53.9**	
Não	827	**52.4**	709	**40.5**	1536	46.1	
Como te sentes a falar de Educação Sexual com:							
Os teus amigos							9.448**
Pouco à vontade	186	**12.5**	275	**16.4**	461	14.6	
À vontade	1300	**87.5**	1404	**83.6**	2704	**85.4**	
Os teus pais							22.171***
Pouco à vontade	859	**57.2**	1107	**65.3**	1966	**61.5**	
À vontade	643	**42.8**	588	**34.7**	1231	38.5	
Os teus colegas							72.311***
Pouco à vontade	341	**22.8**	621	**36.6**	962	30.1	
À vontade	1155	**77.2**	1074	**63.4**	2229	**69.9**	
Os teus professores							7.180**
Pouco à vontade	1058	**71.1**	1275	**75.3**	2333	**73.3**	
À vontade	431	**28.9**	419	**24.7**	850	26.7	

**p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001*
A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|

Diferenças entre géneros para as questões relativas a conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH - amostra parcial de 2006 (apenas alunos do 8.º e 10.º ano)

Relativamente aos conhecimentos face ao VIH, a maior parte dos jovens refere que uma pessoa pode ficar infectada pela partilha de seringas (89.8%), através da transmissão mãe/feto (80.2%), com relações sexuais sem preservativo (86.7%), transfusões de sangue (64.6%). Sabem que uma pessoa aparentemente saudável pode ser portadora de VIH (78.2%), que não há transmissão do VIH através de espirros (62.6%), abraços (83,6%), partilha de utensílios para comer e beber (48.1%) e que a pílula não previne a transmissão do VIH (67%).

Quanto às crenças e atitudes face ao VIH, a maioria dos jovens menciona que não corre risco de estar infectado pelo VIH (57.2%), que não teve relações sexuais sem usar preservativo (91.6%) e não partilhou seringas (98.1%). Grande parte dos jovens concorda que deve ser permitido aos jovens infectados com VIH frequentar a escola (69.3%), que assistiriam a uma aula ao lado de um colega com VIH (66.6%) e que visitariam um amigo com VIH (80.6%). Discordam que deixariam de ser amigos de uma pessoa por esta ter VIH (74.5%) e que as pessoas com VIH deveriam viver à parte do resto da população

(80.8%).

No que diz respeito às fontes de informação sobre o VIH ou outras IST's, as mais mencionadas pelos jovens são os programas de televisão (66.3%) e os folhetos (65.8%) e a *Internet* (65.8%).

No que se refere às diferenças entre os géneros, observou-se que as raparigas apresentam mais conhecimentos, crenças e atitudes positivas face ao VIH, também. referem mais frequentemente que uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH se houver partilha de seringas (92.3%), através da transmissão via mãe/feto (83.9%), através de relações sexuais sem o uso do preservativo (91%), transfusões de sangue (68.5%) e que uma pessoa aparentemente saudável pode estar infectada com o vírus (81.7%). Também são elas que afirmam mais frequentemente que uma pessoa não fica infectada se abraçar alguém com VIH (65.4%), que tomar a pílula não protege a mulher de ficar infectada (69.2%), e que não há transmissão através de tosse ou espirros (65.4%) nem através de partilha de utensílios de comer e beber (51.6%).

As raparigas mencionam mais frequentemente que visitariam um amigo infectado com o VIH (85.5%), que deve ser permitido aos jovens com VIH frequentar a escola (73.8%) e que eram capazes de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado (72.9%) e discordam que as pessoas infectadas deveriam viver à parte na sociedade (85.1%) e que deixariam de ser amigas de uma pessoa por esta estar infectada com VIH (81%).

Relativamente à percepção de risco de infecção com VIH, as raparigas referem mais frequentemente que não correm riscos (60%) e que não tiveram relações sem usar preservativo (93.7%).

No que diz respeito às fontes de informação sobre o VIH, as raparigas recorrem mais aos folhetos (71.9%), aos programas de televisão (69.8%) e à *Internet* (67.7%) como fontes de informação (ver quadro 6).

Quadro 6. Diferenças entre género para as questões relativas a conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH – Amostra parcial, 2006 (8.º e 10.º anos) (N=3331)

	Rapaz		Rapariga		Total		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Achas que:							
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa							26.952***
Sim	1286	**86.8**	1545	**92.3**	2831	**89.8**	
Não	41	2.8	33	2.0	74	2.3	
Não sei	154	10.4	95	5.7	249	7.5	
Se alguém infectado com o VIH/SIDA tosse ou espirra perto de outras pessoas, estas podem ficar também infectadas							21.554***
Sim	253	**16.8**	192	**11.4**	445	13.9	
Não	896	**59.4**	1106	**65.4**	2002	**62.6**	
Não sei	360	23.9	393	23.2	753	23.5	
Se uma mulher infectada com o VIH/SIDA estiver grávida, o seu bebé pode ficar infectado							41.008***
Sim	1146	**75.9**	1418	**83.9**	2564	**80.2**	
Não	102	**6.8**	48	**2.8**	150	4.7	
Não sei	261	**17.3**	224	**13.3**	485	15.2	

Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infectado							35.064***
Sim	99	**6.6**	76	**4.5**	175	5.5	
Não	1202	**79.5**	1471	**87.2**	2673	**83.6**	
Não sei	210	**13.9**	139	**8.2**	349	10.9	
Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infectada com o VIH/SIDA							8.113*
Sim	188	**12.4**	173	**10.2**	361	11.3	
Não	976	**64.6**	1169	**69.2**	2145	**67.0**	
Não sei	347	23.0	347	20.5	694	21.7	
Uma pessoa pode ficar infectada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem utilizar preservativo, mesmo que seja uma só vez							57.157***
Sim	1234	**81.9**	1532	**91.0**	2766	**86.7**	
Não	95	**6.3**	55	**3.3**	150	4.7	
Não sei	177	**11.8**	96	**5.7**	273	8.6	
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectada com o VIH/SIDA							37.167***
Sim	1119	**74.2**	1366	**81.7**	2485	**78.2**	
Não	118	**7.8**	59	**3.5**	177	5.6	
Não sei	271	**18.0**	246	**14.7**	517	16.3	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa							18.300***
Sim	376	**25.0**	350	**20.8**	726	22.8	
Não	665	**44.1**	869	**51.6**	1534	48.1	
Não sei	466	**30.9**	465	**27.6**	931	29.2	
Uma pessoa pode ficar infectada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal							24.996***
Sim	908	**60.3**	1152	**68.5**	2060	**64.6**	
Não	189	**12.5**	150	**8.9**	339	10.6	
Não sei	409	**27.2**	379	**22.5**	788	24.7	
Correr risco de ser infectado pelo VIH							47.821***
Sim	298	**20.9**	190	**11.7**	488	16.0	
Não	770	**54.1**	972	**60.0**	1742	**57.2**	
Não sei	355	**24.9**	458	**28.3**	813	26.7	
Razões porque corres risco de ser infectado:							
Já tive relações sexuais sem usar preservativo							20.047***
Sim	168	**10.6**	111	**6.3**	279	8.4	
Não	1411	**89.4**	1641	**93.7**	3052	**91.6**	
Já partilhei seringas							2.836
Sim	37	2.3	27	1.5	64	1.9	
Não	1542	97.7	1725	98.5	3267	**98.1**	
Opinião para cada uma das seguintes afirmações:							
Eu deixaria de ser amigo duma pessoa que estivesse infectada com o VIH							84.079***
Concordo	147	**9.8**	75	**4.5**	222	7.0	
Não tenho certeza	345	**23.0**	243	**14.5**	588	18.5	
Discordo	1006	**67.2**	1360	**81.0**	2366	**74.5**	

Deve ser permitido aos jovens infectados com o VIH frequentar a escola							34.669***
Concordo	959	**64.4**	1229	**73.8**	2188	**69.3**	
Não tenho certeza	291	**19.5**	259	**15.5**	550	17.4	
Discordo	240	**16.1**	178	**10.7**	418	13.2	
Eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com o VIH							71.127***
Concordo	887	**59.5**	1219	**72.9**	2106	**66.6**	
Não tenho certeza	407	**27.3**	342	**20.4**	749	23.7	
Discordo	197	**13.2**	112	**6.7**	309	9.8	
Eu visitaria um amigo(a) que estivesse infectado(a) com o VIH							63.935***
Concordo	1115	**75.0**	1425	**85.5**	2540	**80.6**	
Não tenho certeza	252	**17.0**	192	**11.5**	444	14.1	
Discordo	119	**8.0**	50	**3.0**	160	5.4	
As pessoas infectadas com o VIH deveriam viver à parte do resto da população							41.964***
Concordo	173	**11.6**	120	**7.2**	293	9.3	
Não tenho certeza	185	**12.4**	129	**7.7**	314	9.9	
Discordo	1132	**76.0**	1419	**85.1**	2551	**80.8**	
Fontes de informação sobre VIH/SIDA ou outras IST's							
Ver programa de televisão sobre esse assunto							19.439***
Sim	926	**62.4**	1157	**69.8**	2083	**66.3**	
Não	140	**9.4**	121	**7.3**	261	8.3	
Talvez	418	**28.2**	379	**22.9**	797	25.4	
Ler um folheto sobre esse assunto							59.035***
Sim	881	**59.1**	1195	**71.9**	2076	**65.8**	
Não	166	**11.1**	108	**6.5**	274	8.7	
Talvez	443	**29.7**	360	**21.6**	803	25.5	
Ver na *Internet*							6.903*
Sim	942	**63.7**	1127	**67.7**	2069	**65.8**	
Não	166	11.2	183	11.0	349	11.1	
Talvez	371	**25.1**	354	**21.3**	725	23.1	

**p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001/A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|.*

CONCLUSÕES DO ESTUDO DE 2006

Os resultados obtidos permitem afirmar que a maioria não é sexualmente activa, teve a sua primeira relação sexual aos 14 anos ou mais tarde, utilizou o preservativo como contracepção na última relação sexual e nunca teve relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas. Na comparação entre género, verifica-se que existe uma tendência dos rapazes para iniciar a vida sexual antes das raparigas, são as raparigas quem mais refere ter utilizado contraceptivos na última relação sexual e existem mais rapazes a referir que tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas (ver quadro 2 e 3).

Quando questionados sobre se a maioria dos outros jovens já teve relações sexuais, a maioria dos jovens considera que os seus pares iniciaram a vida sexual aos 14 anos de idade ou mais tarde, e são os rapazes que consideram que os outros jovens iniciaram

a vida sexual mais tarde que as raparigas. Mais de metade dos jovens considera que a decisão de ter relações sexuais cabe aos dois elementos do casal. Existem mais rapazes do que raparigas que consideram que é o rapaz que toma a iniciativa. Para a maior parte dos jovens, a primeira relação sexual surgiu por vontade de experimentar e também porque estavam apaixonados. Na questão sobre as funções do preservativo, mais de metade dos jovens escolheu em primeiro lugar a opção "evitar a gravidez". Em segundo lugar a opção escolhida foi "evitar outras IST" e em terceiro lugar "evitar o VIH/SIDA" (ver quadro 4).

Relativamente às diversas situações relacionadas com o uso do preservativo, cerca de metade dos jovens da amostra refere que se sentiria muito à vontade a conversar com o par sexual sobre o uso de preservativo; a convencer o par sexual a usar preservativo; a recusar ter relações sexuais sem usar preservativo se o par não quiser usar; e a recusar ter relações sexuais se não quiser. Verifica-se que os rapazes sentem mais facilidade em conversar sobre o uso do preservativo e as raparigas dizem sentir-se mais à vontade em recusar relações sexuais sem preservativo. No que diz respeito à facilidade em recusar relações sexuais se não quiser, são as raparigas que referem sentir-se mais à vontade para o fazer (ver quadro 4).

Mais de metade dos jovens considera que a educação sexual serve para obter mais informação. A maior parte dos jovens prefere falar sobre educação sexual com os amigos e os colegas, mostrando dificuldade em conversar com pais e professores. No que diz respeito às conversas sobre educação sexual com os amigos, são os rapazes quem se sente mais à vontade. Quanto às conversas sobre educação sexual com os pais, são as raparigas quem se sente menos à vontade. No que diz respeito à facilidade em conversar sobre educação sexual com os professores, a percentagem de rapazes é significativamente superior à percentagem das raparigas (ver quadro 5).

Concluindo, grande parte dos jovens sabe identificar correctamente os modos de transmissão do VIH. As raparigas têm mais respostas correctas. Quando questionados sobre as crenças e atitudes face ao VIH/SIDA, a maioria dos jovens apresenta crenças e atitudes positivas. As raparigas apresentam menos preconceitos que os rapazes (ver quadro 6).

Comparação dos resultados do estudo do HBSC entre 2002 e 2006

Entre 2002 e 2006, apesar de se verificar a manutenção da associação dos comportamentos sexuais de risco, não se verifica uma diminuição na idade de início das relações sexuais, nem um aumento na percentagem de adolescentes que já iniciaram a sua vida sexual. Neste cenário de estabilidade desde 2002, regista-se uma grande diminuição dos adolescentes sexualmente activos que não usam preservativo nas relações sexuais. Por outro lado há uma paradoxal diminuição dos conhecimentos dos adolescentes face aos modos de transmissão do VIH/SIDA, que se poderia talvez interpretar como a generalização da crença de que o preservativo resolve tudo, e que o seu uso não requer mais informações. A atitude de disciminação face a portadores de VIH e SIDA parece aumentar, confirmando a associação ja encontrada em 2002 entre ignorância e discriminação.

Quanto às fontes de informação sobre sexualidade e VIH/SIDA, destacamos em 2006 um aumento significativo dos utilizadores das informações encontradas na *Internet*. Esta pode ser encarada como uma nova forma de difusão de informação, sendo essencial que se assegure que os jovens sabem identificar a informação correcta.

Analisando os resultados deste estudo nacional verificamos que existem múltiplos factores de risco e protecção, que determinam ou não os comportamentos sexuais de risco dos adolescentes. São vários os autores que referem a necessidade de realizar a prevenção

dos comportamentos sexuais de risco o mais cedo possível, uma vez que vários estudos mostram que o envolvimento em comportamentos de risco aumenta com a idade (Matos, 2005; Matos *et al*., 2003).

Educar para uma Sexualidade Saudável e Feliz… Caminhos a percorrer…

Educar e partilhar a informação adequada sobre sexualidade é o alicerce para os adolescentes fazerem escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual (Matos *et al.*, 2003).

Envolver os pais, os professores e os pares poderá ser determinante na protecção para o envolvimento em comportamentos sexuais, uma vez que constituem elementos fundamentais na vida dos adolescentes.

Alguns estudos sugerem que muitos pais mencionam precisar de ajuda, quando se trata de falar sobre sexualidade, pois não sabem o que dizer (Albert, 2007). Outros pais admitem não ter muitos conhecimentos teóricos sobre este tipo de assunto (Eisenberg, Bearinger, Sieving, Swain, & Resnick, 2004).

Relativamente à influência dos pares, os estudos referem que os amigos determinam as escolhas dos adolescentes no que diz respeito ao comportamento sexual, à contracepção e ao uso do preservativo (Kirby, 2001). Também a percepção da idade de início das relações sexuais dos pares pode ser um factor importante a ter em conta, dada a influência da percepção do comportamento dos outros.

No que diz respeito à influência da escola, estudos realizados com professores do ensino básico e secundário (Reis, 2003; Ramiro, & Matos, 2008) mostraram que a maior parte dos professores (cerca de 72%) referiu não ter prática em educação sexual em meio escolar, apesar de considerarem que possuem conhecimentos e atitudes favoráveis à mesma, formação complementar na área e um grau de conforto aceitável para dinamizarem actividades. Um resultado extremamente relevante nestes dois estudos refere-se ao facto de apenas uma percentagem inferior a um terço dos professores avaliados relatar ter intenção de se envolver na educação sexual no futuro, sugerindo a necessidade de se reavaliar as condições necessárias à implementação de programas de educação sexual em meio escolar no nosso país.

Sendo assim, é indispensável que sejam criadas condições para uma maior implicação das famílias na educação e relação com a escola, que os professores aumentem o seu campo de competências e especialmente de intervenção, e que os amigos tenham mais informação e comportamentos preventivos. Deste modo, a realização de cursos de sensibilização para pais e de cursos de formação para professores pode ajudar a aumentar o campo de intervenção e, consequentemente, a promover a mudança. A disponibilização, na comunidade, de Gabinetes de Esclarecimento, com abrangência em vários locais (como as, escolas), constituídos por equipas multidisciplinares, com recurso às tecnologias mais recentes (principalmente a *Internet*), pode ajudar a implementação de campanhas de prevenção, para o esclarecimento e orientação dos jovens, nomeadamente facultando informação sobre os métodos contraceptivos, entregando gratuitamente preservativos e pílulas, e dando acompanhamento psico-afectivo à jovem grávida e/ou casal e até formação pré-natal ao jovem casal que se encontra à espera do primeiro filho.

As intervenções têm que ter uma abordagem sistémica abordando os diferentes contextos de vida do adolescente, tal como tem sido proposto e legislado recentemente (GTES, 2005, 2007a, 2007b), em especial nas quatro áreas da saúde dos adolescentes consideradas prioritárias, que incluem a prevenção dos comportamentos sexuais de risco e das IST's, VIH e SIDA.

Ao delinear possíveis intervenções, alguns autores apontam a participação social activa,

o aumento do número de acontecimentos agradáveis na vida diária e o foco da atenção nos aspectos agradáveis das vivências, como estratégias relevantes para o aumento da felicidade dos indivíduos e da percepção de satisfação de vida. Mais do que o número ou a variedade de actividades agradáveis, é essencial prevenir e acompanhar o adolescente; ajudá-lo a descobrir-se, a conhecer-se e a comunicar-se; dotá-lo de competências para "ler" o seu próprio desenvolvimento, os acontecimentos de vida, o contexto, a sociedade e o mundo; trabalhar os seus recursos pessoais para lidar com os desafios de uma existência indutora de *stress*; envolvê-lo em comunidades que integrem, sejam criativas e promovam a saúde; despertar-lhe horizontes e ideais de vida; acompanhá-lo nas opções e reflexões de vida; e desenvolver a sua responsabilidade e solidariedade para com a comunidade.

É ainda importante o reforço da autonomia, responsabilização e participação social do adolescente e da importância destes factores na promoção da sua saúde.

O grande desafio para pais e professores é estar presente, estar atento, mas actuar responsabilizando, dando e exigindo, facilitando as tomadas de decisão, promovendo uma reflexão pessoal sobre a vida, expectativas de futuro, e opções de vida associadas ao bem-estar.

Parece importante considerar aspectos determinantes, como são as diferenças a nível de grupo relativamente a crenças e valores, conhecimentos, necessidades utilitárias e afectivas, que poderão, por sua vez, constituir o resultado de diferentes processos desenvolvimentais, educacionais, culturais e sociais.

Sendo assim é crucial que a educação sexual incida em intervenções tipo preventivo de carácter universal, abrangendo toda a população escolar e respectivos contextos de vida: escola, família e grupo de pares, mas também intervenções mais específicas em pequenos subgrupos identificados como de "risco".

Neste momento decisivo é urgente a aplicação das *lições* retiradas dos estudos à vida real e que se espera longa e feliz dos jovens portugueses.

REFERÊNCIAS

Albert, B. (2007). *With One Voice: America's Adults and Teens Sound Off About Teen Pregnancy.* Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Aquilino, M., & Bragadottir, H. (2000). Adolescent pregnancy: Teen perspectives on prevention. *American Journal of Maternal Child Nursing. 25,* 4, 192-197.

Beadnell, B., Morrison, D., Wildson, A., Wells, E., Murowchick, E., Hoppe, M., Gillmore, M. R. & Nahom, D. (2005). Condom Use, Frequency of Sex, and Number of Partners: Multidimensional Characterization of Adolescent Sexual Risk-Taking. *The Journal of Sex Research; 42* (3):192-203.

Brook, D., Morojele, N., Zhang, C. & Brook, J. (2006). South African Adolescents: Pathwais to Risky Sexual Behavior. *AIDS Education and Prevention; 18* (3): 259-272.

Carvalho, M., & Baptista, A. (2006). Modelos explicativos dos determinantes dos comportamentos preventivos associados à transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana. *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento, 8*, 163-192.

Currie C., Hurrelmann K., Settertobulte W., Smith R. & Todd J. (2000). *Health and health behavior among young people*. Copenhagen: World Health Organization.

Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Shanklin, S., Lim, C., Grunbaum, J. A., & Wechsler, H. (2005). Centers for Disease Control and prevention. National Center for Chronic Disease prevention and health pro-

motion. *Division of Adolescent and School Health. Youth Risk Behavior Surveillance: United States*. Retirado em 4 de Setembro de 2006 de http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5505a1.htm

Eisenberg, M., Bearinger, L., Sieving, R., Swain, C., & Resnick, M. (2004). Parents' Beliefs About Condoms and Oral Contraceptives: Are They Medically Accurate? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health 36,* 2,50–57.

FNUAP. Fundo das Nações Unidas para a população (2005). A situação da população mundial 2005 – A Promessa de Igualdade: Equidade em matéria de Género, *Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*. New York: FNUAP, 45-55.

GTES (2005) *Educação para a saúde – relatório preliminar,* acedido em 2 Julho 2007 www.dgidc.min-edu.pt

GTES (2007a) *Educação para a saúde – relatório de progresso,* acedido em 2 Julho 2007 www.dgidc.min-edu.pt

GTES (2007b) *Educação para a saúde – relatório final,* acessível em 30 Setembro 2007 www.dgidc.min-edu.pt~

Kirby, D. (2001). Understanding What Works and What Doesn't In Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking. *Family Planning Perspectives, 33*, 6, 276-281.

Marques, R. Martingo, C. e Frade, A. (2006). Saúde Sexual e Reprodutiva e VIH/SIDA: Uma questão de compromisso e de desenvolvimento. *Fact Sheet Women and AIDS da Associação Austríaca de Planeamento Familiar*. Associação para o Planeamento da Família.

Marques *et al*, (1999). *Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas: Um Projecto Experimental*. Consultado em 11 de Março de 2007 através de http://www.min-saude.pt

Matos, M. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois*). Lisboa: Edições FMH.

Matos, M. G (ed) (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A., et al. (2006). A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos. acedido em 20 de Dezembro de 2006 http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf

Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Piscalho, I., Serafim, I., & Leal, I. (2000). *Representações sociais da educação sexual em adolescentes*. Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA.

Ramiro, L. & Matos, M (2008). Percepções de professores portugueses sobre Educação Sexual. *Revista de Saúde Pública, 42*, 4, 684-692.

Reis, M. H. (2003). *A educação sexual nas escolas Portuguesas: Os professores como actores na sua implementação*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Manuscrito não publicado.

Reis, M. & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica, 4*, 22, 737-745.

EDUCAÇÃO SEXUAL NA INFÂNCIA, PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA O FUTURO: IDENTIFICAÇÃO DE CONCEPÇÕES DE PROFESSORES DE 1.º CEB

Zélia Caçador Anastácio[1] & Graça Simões de Carvalho[2]

Resumo

Sendo a Educação Sexual (ES) parte integrante da Promoção da Saúde a sua implementação na prática pedagógica revela-se condicionada por concepções dos professores. Com o presente estudo pretendeu-se identificar concepções de professores de 1.º CEB acerca da ES, para o que se seguiu uma metodologia mista, aplicando-se um questionário, confrontando-se opiniões em debate e realizando-se grupos de foco. Os resultados do questionário indicaram que os professores acreditam na ES, sobretudo para: aumentar os conhecimentos sobre sexualidade; facilitar o diálogo dos jovens com os pais; e desenvolver competências pessoais e sociais. Nas discussões argumentos favoráveis à ES foram: saber lidar com o corpo, prevenir infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez adolescente; aceitar diferentes orientações sexuais e, futuramente, aceitar o sexo com naturalidade.

Palavras-chave

Educação sexual; promoção da saúde; concepções.

INTRODUÇÃO

A Educação Sexual é parte integrante dos conteúdos de Promoção e Educação para a Saúde, expressos não só nas políticas educativas portuguesas (GTES, 2005) como também nas de outros países. Veja-se, por exemplo, a França, que publicou dois documentos legais para sua orientação[3]; a Inglaterra que a incluiu no *Personal, Social and Health Education* – PHSE – (Atkinson, 2002; Thomas & Jones, 2005), denominando-a *Sex and Relationship Education* - SRE - (Walker *et al.*, 2003; Corteen, 2006; Maxwell, 2006; Strange *et al.*, 2006); e a Austrália que a situou no *Personal Development, Health and Physical Education* – PDHPE – a partir da escola primária (Milton, 2003).

Vários autores têm desenvolvido investigação em educação sexual e salientado o seu valioso contributo para promover o bem-estar e a saúde dos indivíduos, do mesmo modo que têm referido a importância dos modelos socio-ecológicos e a necessidade de incluir este processo educativo na escola a partir da infância.

Colpin (2006) defendendo uma abordagem abrangente para um aconselhamento eficaz e preventivo face ao vírus da imunodeficiência humana (VIH), atribui bastante relevância aos modelos ecológicos, concebendo o comportamento sexual humano em função da interacção de factores individuais, relacionais e sociais. Afirma que a educação para o sexo seguro e o uso eficaz de contraceptivos é um processo que deve começar em tenra idade e continuar o seu desenvolvimento ao longo da vida, assentando numa perspectiva positiva e de *empowerment*.

1. Universidade do Minho – IEC. **zeliaf@iec.uminho.pt**
2. Universidade do Minho – IEC. **graca@iec.uminho.pt**
3. *Circulaire n.º 98-108 du 1er Juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risque et au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté; Circulaire n.º 98-237 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège.*

Ao estudar as atitudes e experiências de jovens em relacionamentos sexuais e íntimos, Maxwell (2006) constatou que no grupo de pares a necessidade de protecção e companheirismo, assim como relacionamentos negativos anteriores, influenciavam diversamente as experiências dos jovens no início da adolescência, pelo que sugeriu que as mesmas fossem consideradas no desenvolvimento de programas de educação sexual e para os relacionamentos na escola. À guisa de recomendação, a autora afirma que se a educação sexual tenciona fazer algo mais do que dar informação sobre prevenção da gravidez na adolescência e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e ajudar os jovens na tomada de decisões informadas, deve considerar uma abordagem contextual. Afirma também que um programa de "educação sexual e para os relacionamentos" pode constituir um valioso contributo para promover a saúde sexual e o bem-estar dos jovens no futuro, ao ajudá-los a reflectirem sobre os factores que influenciaram as suas experiências sexuais anteriores, ao facultar-lhes uma avaliação crítica sobre as suas actuais atitudes e ao trabalhar conjuntamente com eles para desenvolver aspirações e praticar competências relevantes.

Ajuwon e colegas (2004), que realizaram um estudo sobre as consequências da coerção sexual e violação de oito raparigas adolescentes, na Nigéria, consideram a educação para a sexualidade necessária para que os rapazes, através de programas educacionais, sejam sensibilizados para a equidade e igualdade entre os géneros e aprendam que qualquer forma de coerção é sempre inaceitável, do mesmo modo que devem aprender competências de comunicação e de resolução de conflitos que os capacitem para relacionamentos saudáveis com as suas parceiras. Relativamente às raparigas, dizem que estas necessitam de programas que as capacitem para reconhecerem e evitarem uma situação de risco, assim como para aprenderem sobre os recursos de auxílio adulto de que dispõem no caso de uma situação ameaçadora.

Num trabalho sobre programas de prevenção de violência sexual (e doméstica) com jovens no Estado de Carolina, Fay e Medway (2006) afirmam que os professores precisam de saber identificar tais alunos bastante cedo, para os convencer do valor da intervenção preventiva muito antes da violação se concretizar, sendo este um dos maiores desafios para a educação sexual.

Já o trabalho de Kirby e colegas (1979), analisando o impacto de programas escolares de educação sexual, tinha levado os investigadores a concluírem que os mesmos deveriam incluir uma variedade de tópicos além da reprodução, nomeadamente, contracepção, multiplicidade de actividades sexuais, aspectos sociais e emocionais da actividade sexual, clarificação de valores, desenvolvimento de destrezas de relacionamento pessoal e social e a elevação da auto-estima.

No que concerne à auto-estima e à satisfação com a imagem corporal, estas podem ser determinantes de comportamentos sexuais e são influenciadas pela família, pelos pares e pelos *media* (Grogan, 2006).

Pinheiro e Giugliani (2006) ao estudarem a insatisfação com a imagem corporal, e os factores associados, em crianças de 8 a 11 anos, no Brasil, constataram que mais de 80% estavam insatisfeitas com a sua imagem corporal, querendo ser mais magras, sendo as crianças mais insatisfeitas as que tinham também mais baixa auto-estima e aquelas que pensavam que as expectativas de seus pais e amigos eram de que elas fossem mais magras. Perante estas concepções das crianças, os autores julgaram que uma exposição precoce a imagens sexuais pelos *media* pode conduzir a erotização prematura, acelerando concepções que são mais características da adolescência. Os autores consideraram que estes dados eram suficientes para motivar os profissionais de saúde, os professores e os pais para avaliarem o efeito da forma e do peso corporal na preocupação de crianças pré-púberes e formular estratégias para promover um elevado nível de satisfação corporal

entre as crianças.

Também Stock e colegas (2004) que estudaram as percepções sobre a forma corporal de jovens universitários, através do Índice de Massa Corporal (IMC), tendo como consequências desordens alimentares, sugerem que enquanto a prevenção da bulimia nervosa pode ser feita durante o ensino secundário e universitário, a prevenção da anorexia nervosa deve ter lugar durante a infância já que esta patologia começa na adolescência inicial.

Um aspecto mais amplo do qual fazem parte a auto-estima e a auto-confiança é o auto-conceito (Gallahue & Ozmun, 2001). Hergovich e colegas (2004) ao estudarem diferenças de género no auto-conceito de crianças pré-adolescentes, na Áustria, afirmam que estas diferenças são notórias entre os seis e os dez anos, podendo começar pelos cinco anos, e que podem ser atribuídas a estereótipos e a papéis de género. No seu estudo, os autores constataram que os rapazes apresentavam auto-conceito significativamente mais elevado que as raparigas nos aspectos não académicos: habilidades físicas, aparência física, relação com os pares e relação com os pais. Também verificaram que para as raparigas a avaliação dos professores e dos pais faziam parte dos melhores determinantes do seu auto-conceito geral.

Scriven e Stiddard (2003), ao reflectirem sobre o conceito de *empowerment* nas escolas, afirmaram que a construção de uma auto-estima positiva proporciona aos jovens a oportunidade de desenvolverem auto-eficácia positiva e a sua crença na capacidade de controlar vários aspectos da sua vivência educacional e da sua vida.

Vários autores defendem que a auto-estima positiva tende a minimizar comportamentos desviantes e comportamentos sexuais de risco, tal como parece contribuir para a saúde em geral, e para uma sexualidade saudável, em particular. Por exemplo, Gobitta e Guzzo (2002) referem que a gravidez precoce, assim como o consumo de drogas, a delinquência e o fracasso escolar se relacionam com baixa auto-estima. Desta forma, revela-se interessante incluir várias instituições no processo de construção do bem-estar dos seus jovens, não apenas na adolescência, mas antes, a partir da infância. Esta ideia é corroborada por Hayes (1995) que, num trabalho sobre educação sexual na infância, afirma que as crianças que têm uma boa imagem corporal a partir dos primeiros anos são mais capazes de tomar decisões positivas e saudáveis quanto ao seu bem-estar ao longo da vida. Este autor diz ainda que a promoção da auto-estima é uma prioridade para garantir a protecção das crianças e dos jovens, pelo que deve começar em tenra idade.

Ao sugerir a parceria entre os pais e a escola de 1.º Ciclo de Ensino Básico (1.ºCEB) com vista ao sucesso das crianças, Haffner (2005) explica que a formação da auto-estima durante os primeiros anos escolares está intimamente relacionada com a auto-estima em idade mais avançada e até no estado adulto, pelo que se as crianças se sentem bem consigo próprias têm maior tendência para serem bem sucedidas e se sentirem felizes, do mesmo modo que é menos provável que se deixem influenciar pela pressão exercida pelos pares e que se venham a envolver em comportamentos de risco, tais como relações sexuais desprotegidas. Esta educadora sexual também refere que desenvolver a capacidade de sentir empatia e tomar boas decisões faz parte das bases da saúde sexual adulta. Assim, a autora considera ser importante conceder à criança em idade de 1.ºCEB oportunidades de tomada de decisão, para ajudar a criança a compreender que todas as decisões têm consequências e que as suas acções afectá-la-ão a ela e aos outros.

A reforçar esta ideia, Milton (2003) diz que a escola de 1.º CEB é o local ideal para ajudar a fornecer conhecimento e a desenvolver atitudes e competências que apoiem a saúde sexual.

Importante para este processo é a advertência de Cash e colegas (2001), que deram

formação no Bangladesh, em meio rural, e concluíram que para implementar um programa de educação para a saúde sexual é preciso captar as experiências pessoais e transformar essa informação para a integrar no programa a fim de mudar crenças, atitudes e comportamentos. Esta ideia vai de encontro à mudança do modelo Knowledge-Attitude-Behaviour (KAB), concebendo que bastava conhecimento (K) ou informação para adoptar atitudes (A) e comportamentos saudáveis (B), para os mais actuais modelos socio-ecológicos, que consideram também as experiências dos indivíduos inseridos no seu meio (Navarro, 2000).

Estes últimos modelos baseiam-se na compreensão dos factores psico-sociais que afectam um mesmo problema e a relação desses factores entre si; no conhecimento de intervenções anteriores que tenham sido eficazes com diversos grupos populacionais e culturais; e na tomada de consciência do contexto organizacional, comunitário e cultural em que os programas de intervenção terão eficácia (McLeroy, 1993).

A consideração destes modelos de promoção da saúde, particularmente da saúde sexual ou da sexualidade saudável, reveste-se de especial interesse no trabalho com os professores de 1.ºCEB e pode ajudar a perceber por que motivo não só o conhecimento científico, mas também outras representações mentais e sociais interferem com a sua prática pedagógica em matéria de educação sexual, nomeadamente a concepção de que este processo deva ser da responsabilidade da família ou dos técnicos de saúde (Anastácio *et al*, 2005a; Anastácio, 2007), estando estes já contemplados nas parcerias estabelecidas pela Escola Promotora de Saúde.

Assim, o objectivo geral do presente trabalho consiste em:

- Aprofundar o conhecimento das concepções dos professores de 1.º CEB acerca da Educação Sexual.
- Como objectivos específicos enunciam-se os seguintes:
- Conhecer a percepção dos professores de 1.º CEB sobre o contributo da ES para a promoção da saúde;
- Identificar os factores contextuais (individuais e socioculturais) inerentes aos professores que interferem com as suas concepções;
- Apurar os argumentos dos professores de 1.º CEB para abordarem (ou não) a ES na escola.

METODOLOGIA

Para aprofundar o conhecimento das concepções dos professores de 1.ºCEB em matéria de educação sexual optou-se por uma combinação de métodos quantitativos e métodos qualitativos, seguindo-se uma abordagem dialógica (Brown & Dowling, 1998). Iniciou-se com a aplicação de um questionário, ao que se seguiram a realização de um debate e de cinco grupos de foco.

O questionário, com características metodológicas quantitativas e transversais, era constituído por 25 questões (sendo 12 correspondentes a variáveis dependentes e 13 a variáveis independentes ou factores) e tinha como objectivo obter um conhecimento generalizado das percepções dos professores de 1.º CEB. Foi construído com base em dados da literatura (Anastácio & Carvalho, 2002; CCPES *et al*., 2000, Vaz *et al*, 1996; Teixeira, 1999; Walker *et al*., 2003), validado através de um teste piloto aplicado a 38 professores, tendo-se aplicado o Alpha de Cronbach para estimar a fiabilidade e consistência interna das escalas e obtido valores aceitáveis (α>0,72). Posteriormente foi aplicado a uma grande amostra, considerada amostra de conveniência pois envolveu a

escolha dos indivíduos mais próximos para respondentes e a continuação do processo até perfazer o tamanho desejado (Cohen & Manion, 1994). A amostra ficou constituída por 486 indivíduos, sendo caracterizada como consta na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra em percentagens e por sexo.

	Feminino (n=426)	Masculino (n=58)		Feminino (n= 426)	Masculino (n=58)
Idade (M±DP)	43,35±8,14	41,63±9,38	Tempo de serviço (M±DP)	21,36±9,07	18,34±9,47
Estado civil	%	%	Religião	%	%
Solteiro	13,9	20,7	Católica	97,3	88,9
Casado	72,1	70,7	Outra	0,7	1,9
Divorciado	11,6	6,9	Nenhuma	1,9	9,3
Viúvo	2,4	1,7	Prática religiosa		
Habilitação			Muito	4,1	3,8
Magistério	33,6	20,7	Moderadamente	51,6	44,2
Bacharelato	16,0	19,0	Pouco	38,0	42,3
CESE	17,4	22,4	Nada	6,3	9,6
Complemento	21,4	12,1	Ter filhos		
Licenciatura	11,0	25,9	Sim	80,6	75,4
Mestrado	0,7	0,0	Não	19,4	24,6
Área de residência			Área de trabalho		
Rural	13,4	19,3	Rural	35,2	41,1
Suburbana	22,5	21,1	Suburbana	24,9	23,2
Urbana	64,0	59,6	Urbana	39,9	35,7
Formação contínua			Formação esporádica		
Sim	11,2	17,5	Sim	31,0	37,5
Não	88,8	82,5	Não	69,0	62,5

M = Média; DP = Desvio Padrão; n = número de sujeitos

Neste trabalho, dos dados do questionário, apresentam-se apenas os referentes à variável dependente "*Contributo da educação sexual para a promoção da saúde futura das actuais crianças*" constituída por vinte e quatro itens e para a qual se definiu uma escala de 5 *scores* (α=0,97): M = muitíssimo, B = bastante, R = razoavelmente, P = pouco, N = nada. Os dados foram tratados estatisticamente através do programa SPSS (versão 13.0), tendo-se começado por uma análise descritiva e seguindo-se uma análise inferencial com a aplicação do teste *t* de Student para comparar dois grupos e do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (incluindo o teste de Mann-Whitney com a correcção de Bonferroni para efectuar manualmente as múltiplas comparações), para comparar três ou mais grupos. O nível de significância estabelecido foi de 0,050 e os valores apresentados já são corrigidos.

A técnica de debate, utilizada para aprofundar o conhecimento das concepções, possibilitou o confronto de opiniões divergentes e o apuramento de alguns argumentos a favor ou contra a educação sexual na escola de 1.º CEB. Incluíram-se quatro professores, conhecendo as suas opiniões *a priori*, assim como a sua capacidade de afirmar os seus argumentos, tal como esta técnica exige (Clément *et al*, 2004). Com o mesmo objectivo, seguiu-se depois a técnica de grupos de foco, tendo-se constituído cinco grupos obedecendo a critérios de homogeneidade *versus* heterogeneidade, para os factores sexo, idade e tempo de serviço. As discussões iniciaram-se a partir de uma questão geradora de

debate como é recomendado (Clement, *et al*, 2004). A nossa questão geradora foi "*Porque é tão difícil implementar a educação sexual nas nossas escolas?*" Os dados resultantes destas duas técnicas foram áudio gravados durante as discussões, com autorização prévia dos participantes, seguidamente transcritos e depois analisados seguindo o método dos termos *pivot* (Harris, 1952; Jacobi 1987; 1988) que consiste em três etapas: a) sublinhar cada ocorrência do termo *pivot* e das suas reformulações, para obter uma listagem dos mesmos; b) analisar a frase ou parte da frase que contém o termo *pivot*, para identificar os seus atributos, ou seja, para especificar o seu significado com base nessas associações; c) procurar se outros termos possuem os mesmos atributos no texto.

Da análise das categorias emergentes reflectindo as concepções dos professores, assim como do tipo de intervenção que os participantes foram tendo no decurso da discussão, partiu-se depois para a análise da argumentação (Clément, 2002). Aqui apresenta-se como exemplo o resultado da análise dos termos "saúde" no debate e "educação sexual" num grupo de foco (GF-2). No entanto, são discutidos os dados referentes a estes termos, que foram analisados na globalidade dos grupos.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados do questionário indicam que a maioria dos professores de 1.ºCEB que integraram a amostra consideraram que a educação sexual contribui sobretudo para: aumento dos conhecimentos sobre sexualidade; facilidade de dialogar com os pais sobre sexualidade; autoconhecimento; desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco; autoconfiança; e auto-estima positiva. Na Tabela 2 apresentam-se as percentagens obtidas em cada *score*, bem como a média (M) de cada item e o respectivo desvio padrão (DP). O item "Actividade sexual precoce" foi utilizado como distractivo, o que permite explicar que o seu valor médio seja o mais baixo de todos, como se esperava.

Tabela 2. Percentagens (%) e médias (M) para Contributo da Educação Sexual para a Promoção da Saúde futura das actuais crianças (CESPS).

	M	B	R	P	N	M±DP
a) Aumento dos conhecimentos sobre sexualidade	20,0	37,2	29,0	10,9	0,6	3,67±0,95
b) Desenvolvimento da capacidade de pesquisar informação sobre sexualidade	9,1	37,0	32,9	15,4	2,3	3,36±0,94
c) Desenvolvimento da capacidade de tomar decisões	11,5	32,3	33,1	16,5	4,1	3,31±1,02
d) Desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal	13,4	40,1	30,7	9,7	2,5	3,54±0,94
e) Desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco	19,8	36,6	27,8	10,5	1,4	3,65±0,97
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais	10,7	31,9	33,3	14,0	6,2	3,28±1,05
g) Facilidade de dialogar com os pais sobre sexualidade	20,4	38,9	26,1	9,9	2,1	3,67±0,99
h) Capacidade de resistir a pressões dos pares ou amigos	15,8	34,4	32,5	12,3	1,6	3,52±0,97
i) Equilíbrio emocional	17,1	35,2	34,0	10,3	1,4	3,57±0,95
j) Respeito pelo outro e compromisso mútuo	18,9	33,7	31,7	10,7	1,9	3,59±0,99
k) Gratificação mútua e realização pessoal	12,8	32,9	34,4	13,4	2,9	3,41±0,98
l) Sexualidade responsável	18,9	35,2	25,9	11,3	5,1	3,53±1,10
m) Adiamento do início da actividade sexual	11,3	27,0	32,3	16,0	9,1	3,16±1,13
n) Prevenção da gravidez na adolescência	22,6	29,0	26,3	13,0	4,5	3,55±1,13
o) Utilização eficaz de contracepção	17,9	29,4	29,0	12,8	7,0	3,40±1,15

p) Adopção de comportamentos de «sexo seguro»	17,5	30,7	27,8	11,1	8,4	3,39±1,17
q) Autoconhecimento	19,1	39,7	27,8	7,4	2,9	3,67±0,97
r) Autoconfiança	17,9	38,7	29,0	9,7	1,4	3,64±0,94
s) Auto-estima positiva	17,3	37,7	30,0	10,1	1,6	3,61±0,95
t) Satisfação com a imagem corporal	13,0	36,2	34,8	9,1	2,9	3,49±0,94
u) Actividade sexual precoce	5,1	16,3	32,1	26,3	14,4	2,70±1,09
v) Diminuição de comportamentos sexuais de risco	14,8	30,7	30,9	13,2	5,8	3,37±1,09
w) Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	18,3	34,2	26,5	11,9	4,9	3,51±1,09
x) Sexualidade saudável	18,9	33,3	28,2	10,5	5,1	3,52±1,09

O grupo de professores do **sexo** masculino obteve médias superiores ao grupo do sexo feminino na quase totalidade dos itens, exceptuando-se apenas "Adiamento do início da actividade sexual" e "Utilização eficaz de contracepção" onde se verificou o contrário. Com a utilização do teste *t* de Student observaram-se diferenças significativas em três itens, que constam na Tabela 3.

A frequência de acções de **formação contínua** evidenciou alguma influência nas percepções dos professores quanto à variável CESPS, na medida em que o grupo dos que frequentaram este tipo de acções atingiu média superior ao grupo dos que não frequentaram em todos os itens, embora as diferenças tenham significado estatístico apenas em cinco itens (Tabela 3).

Para a frequência de acções de **formação esporádica** a tendência foi a mesma que para o tipo de formação anterior. O grupo que fez formação esporádica obteve média superior ao grupo que não fez tal formação em quase todos os itens, exceptuando-se apenas o item "prevenção da gravidez na adolescência", onde a média foi igual nos dois grupos. As diferenças significativas constataram-se em quatro itens, os quais também se revelaram significativos para o factor anterior (Tabela 3).

Tabela 3. Teste t de Student para CESPS entre grupos de Sexo, Formação contínua e Formação esporádica.

	Feminino		Masculino		Teste-t		
Sexo	n	M±DP	n	M±DP	t	gl	p
a) Aumento dos conhecimentos sobre sexualidade	416	3,63±0,95	57	3,96±0,87	2,729	75,674	0,008
j) Respeito pelo outro e compromisso mútuo	413	3,55±1,00	56	3,88±0,85	2,580	76,877	0,012
u) Actividade sexual precoce	402	2,66±1,09	54	3,02±1,07	2,283	454	0,023
Formação contínua	Sim		Não				
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais	54	3,57±1,21	407	3,25±1,02	2,171	459	0,030
i) Equilíbrio emocional	56	3,86±0,90	414	3,53±0,94	2,421	468	0,016
j) Respeito pelo outro e compromisso mútuo	55	3,84±1,03	410	3,55±0,97	2,026	463	0,043
k) Gratificação mútua e realização pessoal	55	3,69±0,94	407	3,37±0,98	2,280	460	0,023
t) Satisfação com a sua imagem corporal	54	3,93±0,89	406	3,44±0,93	3,611	458	<0,0001
Formação esporádica							

i) Equilíbrio emocional	145	3,69±0,89	313	3,50±0,96	2,001	456	0,046
j) Respeito pelo outro e compromisso mútuo	144	3,71±0,92	309	3,51±1,00	2,002	451	0,046
k) Gratificação mútua e realização pessoal	142	3,56±0,94	308	3,33±0,99	2,378	448	0,018
t) Satisfação com a sua imagem corporal	140	3,64±0,91	308	3,42±0,95	2,243	446	0,025

No que respeita ao factor **habilitação** académica, através do teste de Kruskal-Wallis (*H*), encontraram-se 12 itens com diferenças significativas (Tabela 4), tendo sido na sua maior parte (9) o grupo de professores com curso de complemento o que se localizou na ordenação média superior (R_1), ou seja, o grupo que mais parece acreditar no contributo da educação sexual para a promoção da saúde das crianças. Inversamente, o grupo dos que tinham mestrado foi o que se situou mais frequentemente na ordem inferior (R_6). Ao aplicar o teste de Mann-Whitney (*U*) só se encontraram diferenças significativas entre os pares de grupos para oito itens, onde o grupo de complemento diferiu somente do de magistério em cinco, apenas do de CESE em dois e destes dois grupos num único item (ver Tabela 4). Na totalidade dos itens, o grupo de complemento atingiu a ordem superior em dezassete, demonstrando assim maior credibilidade na Educação Sexual.

Quanto ao **estado civil** os grupos diferiram significativamente para *autoconfiança* e para *sexualidade saudável* (Tabela 4). O grupo de viúvos foi o que aqui atribuiu menos importância ao contributo da Educação Sexual (R_4), ao passo que o grupo de divorciados revelou ser o que mais acredita neste contributo para a autoconfiança e o de solteiros para a sexualidade saudável. O teste *U* só detectou diferenças significativas para autoconfiança e entre o grupo de divorciados e o de casados. Na globalidade, o grupo de professores viúvos foi o que obteve a ordenação média mínima na maioria dos itens (19), demonstrando assim ser o que menos acredita no contributo da educação sexual para a promoção da saúde.

Relativamente ao factor **religião** encontraram-se diferenças com significado estatístico entre os grupos para *desenvolvimento da capacidade de tomar decisões* e *desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais* (Tabela 4), em que o grupo de nenhuma religião se revelou o mais concordante (R_1), enquanto o grupo de outra religião que não a católica pareceu ser o que menos considera a importância da Educação Sexual (R_3). Em ambos os itens as diferenças significativas localizaram-se entre o grupo de nenhuma religião e o de religião católica. Salienta-se que o grupo que predominou na primeira ordem foi o de nenhuma religião (19 itens), pelo que pareceu ser o que atribui maior credibilidade à educação sexual.

Em relação à **prática religiosa** também se detectaram diferenças significativas entre os grupos para dois itens: *gratificação mútua e realização pessoal* e *autoconhecimento* (Tabela 4), onde o grupo dos muito praticantes denotou maior credibilidade (R_1), enquanto o grupo dos nada praticantes tende a menosprezar este contributo para a gratificação mútua e realização pessoal e o dos moderadamente para o autoconhecimento (R_4). Porém, o teste *U* estabeleceu as diferenças significativas entre os muito e os moderadamente praticantes para os dois itens. De um modo geral, os muito praticantes obtiveram quase sempre a primeira ordem (em 21 itens), revelando-se os mais crentes na educação sexual para a promoção da saúde das crianças.

Além da variável habilitação académica ser a que parece reflectir maior influência nas percepções dos professores sobre o contributo da educação sexual para a promoção da saúde das crianças, é ainda de observar que diferentes variáveis tendem a afectar a percepção em relação a diferentes itens, pois de todos os que constam na Tabela 4 só um item se repete e em habilitação e religião (desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais).

Tabela 4. Teste Kruskal-Wallis para CESPS entre grupos de Habilitação, Estado civil, Religião e Prática religiosa.

	N	Me			H		
Habilitação			R1	R6	X2	gl	p
a) Aumento dos conhecimentos sobre sexualidade	467	4	licenciatura	mestrado	12,70	5	0,026
b) Desenvolvimento da capacidade de pesquisar informação sobre sexualidade	462	3	complemento	mestrado	14,40	5	0,013
d) Desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal	461	4	mestrado	magistério	20,33	5	0,001
e) Desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco	462	4	mestrado	magistério	11,84	5	0,037
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais	461	3	complemento	CESE	14,93	5	0,011
h) Capacidade de resistir a pressões dos pares ou amigos	462	4	complemento	mestrado	12,65	5	0,027
m) Adiamento do início da actividade sexual	457	3	complemento	mestrado	12,56	5	0,031
n) Prevenção da gravidez na adolescência	456	4	complemento	mestrado	15,48	5	0,009
o) Utilização eficaz de contracepção	460	3	complemento	mestrado	13,71	5	0,018
u) Actividade sexual precoce	451	3	complemento	mestrado	14,79	5	0,011
v) Diminuição de comportamentos sexuais de risco	456	3	complemento	mestrado	11,70	5	0,039
w) Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis	458	4	complemento	mestrado	11,78	5	0,038
b) Desenvolvimento da capacidade de pesquisar informação sobre sexualidade	U		complemento	CESE (R5)			0,030
d) Desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal			complemento (R2)	magistério			<0,0001
e) Desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco			complemento (R2)	magistério			0,045
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais			complemento	CESE magistério (R5)			0,030 0,015
h) Capacidade de resistir a pressões dos pares ou amigos			complemento	CESE (R5)			0,030
m) Adiamento do início da actividade sexual			complemento	magistério (R5)			0,030
n) Prevenção da gravidez na adolescência			complemento	magistério (R5)			0,015
v) Diminuição de comportamentos sexuais de risco			complemento	magistério (R5)			0,030
Estado civil			R1	R4			
r) Autoconfiança	466	4	divorciado	viúvo	9,65	3	0,022
x) Sexualidade saudável	463	4	solteiro	viúvo	7,89	3	0,048
r) Autoconfiança	U		divorciado	casado (R3)			0,018
Religião			R1	R3			
c) Desenvolvimento da capacidade de tomar decisões	458	3	nenhuma	outra	6,37	2	0,041
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais	453	3	nenhuma	outra	9,52	2	0,009
c) Desenvolvimento da capacidade de tomar decisões	U		nenhuma	Católica (R2)			0,036
f) Desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais			nenhuma	Católica (R2)			0,006

Prática religiosa			R1	R4			
k) Gratificação mútua e realização pessoal	450	3	Muito	Nada	8,13	3	0,044
q) Auto-conhecimento	453	4	Muito	Moderada-mente	8,92	3	0,030
k) Gratificação mútua e realização pessoal	U		Muito	Moderadamente (R3)			0,030
q) Auto-conhecimento			Muito	Moderadamente			0,042

No debate, o termo "*saúde*", como objectivo a ser alcançado com a educação sexual (ES), só foi referido pelas professoras favoráveis à ES (IC e IP, Quadro 1). IC usou 3 vezes o termo "*saudável*", associando-o a relacionamento interpessoal, a contexto de desenvolvimento para as crianças e a forma de usar o corpo. IP referiu-se 2 vezes a "*saúde*", sendo uma para especificar a sua formação e outra para referir conteúdos a incluir na abordagem sobre sexualidade. Pela forma como o termo saúde foi utilizado por estas duas intervenientes no debate, parece-nos que saúde constitui um objectivo a atingir e um argumento para abordar a ES.

Quadro 1. Ocorrências do termo pivot "Saúde", das suas reformulações e dos seus significados (deduzidos a partir do contexto)

	Saúde	Reformula-ções	Significados a partir do contexto
FA			
	0	0	0
AM			
	0	0	0
IC	Saudável, 3 p.4: ln.33 p.5: ln.6 p.22: ln.32		Associado a: - forma de relacionamento interpessoal, 1 "… as pessoas se relacionem justamente de uma forma mais saudável." (p.4: ln.33) - contexto familiar, 1 "mas uma família que cria uma criança num, num contexto saudável." (p.5: ln.6) - forma de usar o corpo, 1 "a falta de conhecimento que há sobre o corpo e sobre a, a possibilidade que temos de o usar de uma forma saudável." (p. 22: ln.32)
	3	0	3
IP	Saúde, 2 p.8: ln.32 p.30: ln.22		Associado a: - promoção, 1 "mestrado (…) na área da promoção da saúde e do meio ambiente, …" (p.8: ln.32) - conteúdos de sexualidade, 1 "…tem que interligar todas essas componentes, o físico, o biológico, os afectos, a parte da prevenção, da saúde." (p.30: ln.22)
	2	0	2
	5	0	5

FA, AM, IC, IP – Iniciais dos nomes fictícios atribuídos aos participantes

O termo "educação sexual", por exemplo no segundo Grupo de Foco (GF-2) foi proferido pelo professor AC em diferentes contextos, originando por isso diversas categorias de concepções. Associou-se a concepções um pouco negativas que foram a "dificuldade de implementação" na escola, a "dificuldade de envolver a família", tanto por parte do professor como por parte do centro de saúde e o "receio de enfrentar os pais", ou seja, as percepções de obstáculos à ES. Também evidenciou concepções positivas em relação a "iniciar no jardim-de-infância", a ser uma questão de "educação sanitária", a uma abrangência de "conteúdos" e a "vantagem para o ensino básico". Deste modo, o discurso

argumentativo deste professor apresentou causas explicativas da não implementação desta vertente pedagógica e traduziu algum sentimento de insegurança pessoal, reforçado pelo argumento de falta de autoridade. No entanto, revelou-se favorável, fundamentando-se numa generalização a todo o percurso educativo e a uma abrangência de conteúdos.

EL apenas utilizou a reformulação *"tema"* para expressar a necessidade de saber "como abordar" a ES em função do meio. Pareceu ser um argumento de insegurança fundamentando a causalidade da abordagem esporádica.

FS só registou três ocorrências para educação sexual, sendo duas em associação com a "formação", que sugeriu como estratégia para ultrapassar os obstáculos impeditivos da ES, e uma em associação com uma experiência de "influência positiva da igreja". Os argumentos apresentados, além de expressarem alguma insegurança, apontaram soluções para prosseguir, nomeadamente a formação, e fundamentaram-se em exemplos positivos.

*Quadro 2. Ocorrências do termo pivot **"Educação sexual"**, das suas reformulações e dos seus significados (deduzidos a partir do contexto) no GF-2.*

	Educação sexual	Reformulações	Significados a partir do contexto
AC	Educação sexual, 9 p.2:ln.26 p.14:ln.33 p.27:ln.13, 14, 24, 30, 33 p.31:ln.29, 29	Área de educação, 1 p.2:ln.28-29 Isto, 1 p.27:ln.21	Associado a - dificuldades de implementação, 2 (p.2:ln.26, 28-29) "Bem, quer dizer, eu penso que o, o grande problema de implementação da educação sexual nas escolas que se fica a dever a uma deformação contínua ao longo de (p.2:ln.26) muitos séculos." - vantagem para o ensino básico, 1 "reconheço que, que há, há vantagem e há interesse em, no ensino básico, começar a haver a educação sexual." (p.14:ln.33) - dificuldade de envolver a família, 2 (p.27:ln.13, 14) "ouvido, o professor ainda mais, porque a educação sexual … para a, no centro de saúde (p.27:ln.14) passa pelo fornecimento do anticoncepcional." - receio de enfrentar os pais, 1 "provavelmente, provavelmente não, eu não tenho autoridade salvo raríssimas excepções de enfrentar os pais e dizer "Meus amigos nós vamos este ano iniciar isto"." (p.27:ln.21) - conteúdos, 1 "para mim, a educação sexual aborda toda (p.27:ln.24) uma série de princípios," - iniciar no jardim-de-infância, 2 (p.27:ln.30, 33) "Agora o que eu penso é que a educação sexual deve, começa (p.27:ln.30) nos infantários." - educação sanitária, 2 "A educação sexual. Mas é que, oh, oh doutora é assim, é que a educação sexual (p.31:ln.29, 29) para mim já é um problema de educação sanitária …"
	9	2	11
EL		Tema, 1 p.20:ln.26	Associado a como abordar, 1 "Agora, psicológica, como abordar esse tema de acordo com o meio onde estão (p.20:ln.26) inseridos, acho que é muito importante … a nível sexual, não é?"
	0	1	1
FS	Educação sexual, 1 p.22:ln.22	Assunto, 1 p.22:ln.3 Isso, 1 p.26:ln.6	Associado a - formação, 2 (p.22:ln.3, 22) "Acho que começando por aí, que a educação sexual pode (p.22:ln.22) começar a vir a ser trabalhada nas escolas." - influência positiva da igreja, 1 "no Alentejo tínhamos padres que iam à escola falar sobre isso e não tinham problema (p.26:ln.6) nenhum."
	1	2	3
Total	10	5	15

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os professores que responderam ao questionário manifestaram alguma crença de que a educação sexual (ES) possa contribuir para promover a saúde futura dos seus educandos, o que se destacou ao nível do aumento dos conhecimentos sobre sexualidade, da facilidade de dialogar com os pais sobre sexualidade, do auto-conhecimento, do desenvolvimento da capacidade de agir perante situações de risco, da auto-confiança, da auto-estima positiva e do respeito pelo outro e compromisso mútuo. Ou seja, os itens que os professores consideram que poderão beneficiar mais da ES, para além do primeiro (conhecimentos sobre a sexualidade), são os relacionados com as componentes psicológica e sociológica da sexualidade. Quanto aos que envolvem a componente biológica (prevenção, saúde, contracepção e corpo), os professores parecem acreditar menos que possam sofrer efeitos positivos da ES, embora considerem que também essa componente é importante.

Estas concepções dos professores da nossa amostra são sustentadas pelo trabalho de Chalmers e colegas (2006) que avaliaram um programa de "Educação Sexual e para os Relacionamentos". Estes autores começam por dizer que a Educação para a Saúde desempenha um papel importante na preparação dos jovens para a vida adulta, envolvendo aquisição de informação, desenvolvendo competências e construindo crenças, valores e atitudes, como benefícios tanto imediatos como para o futuro. Particularizam que se a "Educação Sexual e para os Relacionamentos" for bem planeada e de boa qualidade pode, em princípio, munir as crianças e os jovens de capacidade para tomarem decisões informadas e minimizarem os riscos de gravidez indesejada e de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Atendendo a que a maioria dos professores acredita no contributo positivo da ES para a saúde, este dado é importante do ponto de vista dos modelos de promoção da saúde. Se pensarmos, por exemplo, que o Modelo de Crença para a Saúde (Glanz, 1999), desenvolvido para procurar razões e identificar pontos de mudanças, é bastante relevante quando o problema evoca motivação para a saúde, então se os professores acreditarem que a educação sexual é importante para a saúde, serão mais receptivos à mudança, poderão envolver-se mais e serão mais auto-eficazes.

O estudo dos factores associados a esta concepção revelou que o mais influente tende a ser a habilitação académica, estabelecendo diferenças significativas entre os grupos para metade dos itens (Tabela 4), seguindo-se a formação contínua, a formação esporádica e depois o sexo (Tabela 3).

Em termos de **habilitação académica** a grande diferença situou-se entre o grupo que tinha curso de complemento e o que tinha apenas o magistério primário. Repare-se que a maioria dos professores que fez um curso de complemento de formação tinha como habilitação prévia o mesmo curso de magistério primário. Por isso, sentimo-nos impelidos a dizer que a diferença está entre os que fizeram curso de complemento e os que não o fizeram, o que sugere que este tipo de formação introduziu mudanças conceptuais, como preconiza Clément (2006), nos professores, quanto à credibilidade no contributo da ES para a saúde futura das crianças.

Como o factor que se seguiu em influência foi a **formação contínua**, e como este factor é independente do anterior, atendendo a que os professores com esta formação obtiveram média superior em todos os itens, continuamos a verificar que um novo módulo de formação também introduz mudanças conceptuais. A análise da **formação esporádica** aponta no mesmo sentido, embora com resultados menos diferenciadores. Interessante é que as diferenças que adquirem significado estatístico face a estes dois factores, se situem apenas em itens relacionados com as componentes psicológica e relacional ou sociológica da sexualidade, enquanto o factor habilitação académica reflecte influência quer em itens desta natureza quer em itens de natureza biológica. Se pensarmos que existem diferenças

entre as instituições que organizam estes tipos de formação e que, nomeadamente a formação contínua é mais oferecida por pequenas instituições ou organizações, que poderão ser movidas por ideologias políticas ou religiosas (ex: sindicatos, universidades privadas sob tutela religiosa, centros de formação) podemos estar na eminência de uma oferta de formação contínua condicionada por esses valores, em vez de uma formação imparcial e que inclua todas as componentes que a sexualidade abarca.

Comparando os dados associados à formação contínua com os que emergem associados à habilitação académica, somos tentados a sugerir que a formação contínua (e também a esporádica) seja ministrada por instituições laicas e de maior dimensão, como as universidades públicas ou institutos politécnicos, onde são habitualmente formados os professores de 1.ºCEB.

O factor **sexo**, embora tivesse significado apenas para três itens, mas indicando que as mulheres obtiveram quase sempre média inferior aos homens, adquire aqui alguma expressividade pelo que deve continuar a ser considerado atendendo a que as professoras constituem a grande maioria da população docente do 1.º CEB (88% na amostra).

Quanto aos factores **religião** e **prática religiosa**, apesar de terem pouco significado nesta variável dependente, julgamos que, pelos itens em que interferiram, merecem ser discutidos. Repare-se que a religião interferiu em "desenvolvimento da capacidade de tomar decisões" e "desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais", onde os poucos professores sem religião tiveram os valores de ordem superior, diferindo significativamente dos de religião Católica. Assim, os professores sem religião tendem a acreditar mais numa ES desenvolvimentista. Por sua vez, a prática religiosa parece associar-se a uma ES mais «egocentrada», na medida em que as diferenças significativas se detectaram em itens referentes ao Eu: "gratificação mútua e realização pessoal" e "auto-conhecimento", com os muitos praticantes na posição superior. Porém, este grupo situou-se na primeira ordem na quase totalidade dos itens, exceptuando-se "adopção de comportamentos de sexo seguro" e "desenvolvimento de atitudes de aceitação de diferentes condutas sexuais". Como a concepção da influência da ES neste último item é afectada pela religião e pela prática religiosa (os professores sem religião e nada praticantes, são os que mais acreditam na ES para este aspecto, diferindo dos católicos e muito praticantes) pensamos, tal como Teixeira (2003) que estes factores veiculam mensagens condicionantes destas concepções, nomeadamente no que se refere ao uso do preservativo e à aceitação da diversidade de orientação sexual. Convém, no entanto, lembrar a investigação de Haffner (1997) que encontrou, na bíblia, referências à homossexualidade, mas não condenatórias. Convém também referir que existe uma forte interacção entre estes dois factores ($p<0,0001$), pelo que agem conjuntamente.

No debate, as professoras que se manifestaram favoráveis à ES, referiram precisamente que a mesma deve contribuir para as pessoas saberem lidar com o seu corpo e poderem decidir o que fazem com ele, para se relacionarem de uma forma mais saudável, para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, para resolver e evitar a gravidez na adolescência, para aceitar as diferenças, para cada um se conhecer melhor e para ajudar a escolher um parceiro sexual. Pela análise dos dados dos grupos de foco, também foi possível apurar que os professores consideram que a ES contribui para a saúde futura das actuais crianças, pois argumentaram que esta vertente educativa tem consequências positivas ao nível da saúde pública (GF-2), da prevenção da gravidez adolescente e das doenças sexualmente transmissíveis (GF-3, GF-5), da aceitação das diferenças, especificamente de orientação sexual (GF-4), da escolha de métodos contraceptivos (GF-4) e, ainda, para evitar o choque com as noções de sexo na adolescência, encarando-as com naturalidade (GF-1).

Esta abrangência de benefícios citados no debate e nos grupos de foco, vai de

encontro à opinião de Elliott (2003) que, ao analisar materiais de saúde escolar, afirmou que em termos de implicações para a ES, no que concerne a capacitar os jovens para tomarem decisões saudáveis acerca da sua própria sexualidade, não é suficiente tentar determinar os meios mais eficazes de baixar as taxas de gravidez adolescente e de IST. Em alternativa, os jovens devem ser envolvidos em debates sobre os seus corpos e as suas diversas sexualidades e activamente aceites em processos educativos como seres inquiridores em desenvolvimento. Afirmou também que a educação para a sexualidade, na escola, precisa de ensinar aos alunos as mensagens implícitas e explícitas, transmitidas por múltiplos veículos culturais, para clarificar que perspectivas são as orientações mais adequadas às suas vidas.

Os professores que participaram nas discussões, e que se revelaram a favor da ES, parecem acreditar que a mesma pode contribuir para vários aspectos da saúde, quer sejam de natureza biológica, quer psicológica, quer de relacionamento social. Todavia, salienta-se que a maior parte dos professores que participaram nos grupos de foco revelaram-se adeptos da participação dos profissionais de saúde na escola, tendo, provavelmente a concepção de que é com o auxílio destes que a ES atinge os objectivos da promoção da saúde.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Em suma, os professores que integraram o estudo revelaram, de um modo geral, acreditar nos benefícios da ES para a Promoção da Saúde futura das actuais crianças, como temos vindo a registar (Anastácio *et al*, 2008). Estas concepções constituem um bom ponto de partida para a motivação destes profissionais. Oshi e Nakalema (2005) também referem a importância de motivar os professores para trabalharem nesta área tão condicionada por valores e aspectos culturais. Este estudo indicou ainda que uma formação académica actualizada tende o ser o que mais potencia a crença dos professores nesta vertente educativa. A triangulação dos dados a que procedemos incrementa a credibilidade nos mesmos e clarifica concepções. Assim, e dadas as dificuldades de implementação da ES até então verificadas no nosso país, sugere-se uma forte aposta na formação específica no domínio da ES, que considere as necessidades dos professores, parta das suas concepções e as faça evoluir, abrangendo todas as dimensões que a sexualidade abarca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajuwon, A., Olley, B., Akintola, O. & Akin-Jimoh. (2004). Sexual Coercion in Young Persons: exploring the experiences of rape victims in Ibadan, Nigeria. *Health Education*, Vol 104, N.º 1, pp.8-17.

Anastácio, Z. (2001). Educação Sexual – Relacionamento entre pais e filhos adolescentes. Tese de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Anastácio, Z. & Carvalho, G. (2002). Interesses de crianças e adolescentes no domínio da sexualidade. *In* actas do II Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde. Beja,30-31 Outubro de 2002.

Anastácio, Z., Carvalho, G. & Clément, P. (2005a). Teacher's conceptions of, and obstacles to, sex education in Portuguese primary school. In H. Fischer Eds. *Developing Standards in Research on Science Education* – The ESERA Summer School 2004, pp. 47-54.

Anastácio, Z. (2007). *Educação Sexual no 1.º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos professores para a sua (não) consecução*. Tese de Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança - Universidade do Minho.

Anastácio, Z. Carvalho, G, & Clément, P. (2008). Concepções dos Professores de 1.º CEB sobre o

Contributo da Educação Sexual para a Promoção da Saúde e sua Relação com a Formação. In B. Pereira & G. Carvalho (Coords). Actividade Física, Saúde e Lazer – Modelos de Análise e Intervenção, pp 233-245 (ISBN: 978-972-757-502-2)

Atkinson, E. (2002). Education for Diversity in a Multisexual Society: negotiating the contradictions of contemporary discourse. *Sex Education,* Vol 2, N.º 2, pp. 119-132.

Brown, A. & Dowling, P. (1998). *Doing Research/Reading Research. A Mode of* Interrogation for Education. London: Falmer Press.

Cash, K., Khan, S., Nasreen, H., Bhuyia, A., Chowdhury, S. & Chowdhury, A. (2001). Telling Them Their Own Stories: legitimizing sexual and reproductive health education in rural Bangladesh. Sex Education, Vol.1, N.º 1, pp. 43-57.

CCPES, DGS, APF, RNEPS. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Chalmers, H., Aggleton, P. & Tyrer, P. (2006). Evaluation of a certification process for community nurses involved in sex and relationship education. *Health Education*, Vol. 106 N.º 4, pp.265-280.

Clark, J. (2001). Sex Education in the New Zealand Primary School: a tangled skein of morality, religion, politics and the law. *Sex Education*, Vol.1, N.º 1, pp. 23-30.

Clément, P. (2002). Methods to analyse argumentation in (more or less) scientific texts. An example: analysis of a text promoting Creationism. In *Acts of ESERA Summer school*, Lubjana, August de 2002.

Clément, P. (2004). Science et idéologie: exemples en didactique et épistémologie de la biologie. In Actes du Colloque Sciences, médias et société (pp. 53-69). Lyon : ENS-LSH : http://sciences-medias.ens-lsh.fr.

Clément, P., Héraud, J. & Errera, J. (2004). Paradoxe sémantique et argumentation – Analyse d'une séquence d'enseignement sur les grenouilles au cycle 2 (élèves de 6 à 8 ans). *ASTER* N.º 38, pp. 123-149.

Clément, P. (2006). Didactic Transposition and KVP Model: Conceptions as Interactions Between Scientific Knowledge, Values and Social Practices, *ESERA Summer School*, IEC, Universidade do Minho, Braga (Portugal), pp. 9-18.

Cohen, L. & Manion, L. (1994). *Research Methods in Education* (4th edition). London: Routledge.

Colpin, H. (2006). A comprehensive sex education approach for HIV testing and counselling. *Sex Education*, Vol. 6, N.º 1, pp. 47-59.

Corteen, K. (2006). Schools' fulfilment of sex and relationship education documentation: three school-based case studies. *Sex Education,* Vol 6, N.º 1, pp. 77-99.

Elliott, K. (2003). The hostile vagina: reading vaginal discourse in a school health text. *Sex Education*, Vol. 3, N.º 2, pp. 133-144.

Fay, K. & Medway, F. (2006). An acquaintance rape education program for students transitioning to high school. *Sex Education*, Vol. 6, N.º 3, pp. 223-236.

Gallahue, D. & Ozmun, J. (2001). *Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, Crianças, Adolescentes e Adultos*. SãoPaulo: Phorte Editora.

Glanz, K. (1999). Teoria num Relance. Um Guia para a prática da promoção da Saúde. In L.B. Sardinha, M.G. Matos & I. Loureiro (Eds). *Promoção da Saúde – Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo* (pp. 9-55). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

Gobitta, M. & Guzzo, R. (2002). Estudo inicial do inventário de auto-estima (SEI) – Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), pp. 143-150.

Grogan, S. (2006). Body image and health. *Journal of Health Psychology*, Vol. 11(4), pp.523-530.

Haffner, D. (2005). *A criança e a educação sexual.* Lisboa: Editorial Presença.

Haffner, D. (1997). The really good news: what the bible says about sex. *SIECUS Report*, Vol. 26, N.º 1, pp.3-8.

Harris Z.S. (1952). Discourse analysis. *Language*, 28.

Hayes, I. (1995). Sex education in early years. *Health Education*, N.º 1, pp. 22-27.

Hergovich, A. Sirsch, U. & Felinger, M. (2004). Gender Differences in the Self-Concept of Pre-adolescent Children. *School Psychology International*, Vol. 25 (2), pp. 207-222.

Jacobi, D. (1987). *Images et discours de la vulgarisation scientifique.* Berne: Peter Lang.

Jacobi, D. (1988). Notes sur les structures narratives dans un document destine à populariser une découverte scientifique. *Protée*, pp.107-117.

Kirby, D., Alter, J. & Scales, P. (1979). *An Analysis of U.S. Sex Education Programs and Evaluation Methods*. Atlanta: US Department of Health, Education and Welfare.

McLeroy, K. (1993). Social science theory in health education: time for a new mode? *Health Education Research*, Vol. 8, N.º 3, pp. 305-312.

Maxwell, C. (2006). Context and "contextualisation" in sex and relationships education *Health Education*, Vol.106, N.º 6, pp. 437-449.

Milton, J. (2003). Primary School Sex Education Programs: views and experiences of teachers in four primary schools in Sydney, Australia. *Sex Education,* Vol 3, N.º 3, pp. 241-256.

Navarro, M. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos fundamentais para novas práticas. *In* J. Precioso *et al* (Orgs). *Educação para a Saúde*, pp. 13-28. Braga: Departamento de Metodologias da Educação – Universidade do Minho.

Oshi, D. & Nakalema, S. (2005). The role of teachers in sex education and the prevention and control of HIV/AIDS in Nigéria. *Sex Education*, Vol. 5, N.º 1, pp. 93-104.

Pinheiro, A. & Giugliani, E. (2006). Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. *Revista de Saúde Pública*, Vol. 40(3), pp.489-496.[online] (02-09-2006).

Scriven, A. & Stiddard, L. (2003). Empowering schools: translating health promotion principles into practice. *Health Education,* Vol. 103 (2), pp. 110-118.

Stock, C., Kücük, N., Miseviciene, I., Petkeviciene, J. & Krämer, A. (2004). Misperceptions of body shape among university students from Germany and Lithuania. *Health Education*, Vol. 104, N.º 2, pp. 113-121.

Strange, V., Forrest, S. Oakley, A., Stephenson, J. & RIPPLE Study Team. (2006). Sex and relationship education for 13-16 year olds: evidence from England. *Sex Education,* Vol. 6, N.º 1, pp. 31-46.

Teixeira, M.F. (2003). Educação em sexualidade em contexto escolar. *In* G. Carvalho, M. Freitas, P. Palhares, & F. Azevedo (orgs). *Saberes e Práticas na Formação de* Professores e Educadores. Actas das Jornadas DCILM 2002, pp. 155-170.

Thomas, M. & Jones, S. (2005). The impact of group teaching on the acquisition of key skills to teach personal, social and health education. *Health Education*, Vol. 105 N.º 3, pp. 164-185.

Vaz, J., Vilar, D., & Cardoso, S. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.

Walker, J., Green, J. & Tilford, S. (2003). An evaluation of school sex education team training. *Health Education*, Vol. 103, N.º 6, pp.320-329.

ESTRATÉGIAS E CONHECIMENTOS TEÓRICO-PRÁTICOS FRENTE A AIDS NO BRASIL[1]

Graziela Raupp Pereira[2]

Resumo

O presente trabalho apresenta estudos que identifiquem estratégias e conhecimentos teórico-práticos que os educadores utilizam ao lidar com crianças e adolescentes com HIV/AIDS no Brasil. Esta investigação aponta para a necessidade de se investir na formação inicial e contínua dos educadores a nível da educação para a saúde, particularmente na área da sexualidade, visando a construção de um processo sistemático, uma intervenção qualitativa, proporcionando espaços de reflexão para que, as crianças e jovens que vivem sob o estigma do vírus HIV/AIDS, possam superar dificuldades e preconceitos reais que giram em torno desta temática.

Palavras-chave

Educação para a saúde; educação sexual; crianças e adolescentes com HIV/AIDS.

1- INTRODUÇÃO

O crescimento exponencial de pessoas infetadas pelo HIV/AIDS a nível mundial tem gerado uma verdadeira crise global de saúde pública (Kalichman, 1998).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) surge no final do século XX e alastra-se por todo o planeta, a qual, nem com todos os avanços tecnológicos a sociedade tem conseguido debelar ou controlar e que continuará a crescer "especialmente entre os que não têm conhecimento, competências ou recursos para se proteger a si próprios contra a sua marcha lenta" (Coates, 1992).

O primeiro caso de infecção no mundo foi registrado no início da década de 80. No Brasil, os primeiros casos confirmados ocorreram em 1982. Por ter tido seu início entre os homossexuais, os portadores da doença por muito tempo sofreram e ainda sofrem grandes preconceitos por parte da comunidade, que geralmente associam a doença a imoralidade e a depravação sexual. Entretanto, a AIDS hoje não representa uma ameaça apenas para estas pessoas, pois são muitas as mulheres, crianças e heterossexuais que estão infectados pelo vírus da AIDS, o HIV.

A complexidade das dimensões envolvidas nesta doença tornou-a uma ameaça dos tempos modernos e as populações estão a ser assoladas e a sociedade assiste com certa indiferença a este cenário, como se isto fizesse parte do desenvolvimento da vida.

Embora numa sociedade que se considera imersa na "era da comunicação", há velhos mitos que ainda encontram-se arraigados. Como educadores cabe-nos promover a discussão de tais mitos e tabus.

Apesar do desenvolvimento científico e tecnológico, bem como das telecomunicações,

1. Este artigo apresenta alguns dos resultados da tese de Doutorado em Ciências da Educação intitulada: "Desenvolvimento de um Programa de Intervenção Psicopedagógico de Suporte à Criança Infectada pelo VIH", defendida em Setembro de 2007, na Universidade de Aveiro, Portugal, por Graziela Raupp Pereira, sob orientação da Professora Doutora Anabela Maria de Souza Pereira.

2. Universidade de Aveiro. **graziela.pereira@ua.pt**

meios áudio-visuais e *websites*, as informações *necessárias e cientificamente fundamentadas* não têm chegado às nossas crianças e jovens, perpetuando-se, desta forma a desinformação sobre o assunto.

Neste sentido, o presente estudo empírico de natureza exploratória, descritiva, comparativa e analítica teve como objetivos averiguar dos conhecimentos, atitudes e crenças sobre HIV/AIDS a nível da formação inicial e continuada de educadores, bem como apresentar estudos que identifiquem estratégias e conhecimentos teórico-práticos que os educadores utilizam ao lidar com crianças com HIV/AIDS no Brasil. Tal objetivo vem dar continuidade e completar as investigações já anteriormente realizadas pela autora (Pereira 2006; 2007).

2. METODOLOGIA

Foram realizados estudos qualitativos, sendo a amostra constituída por 25 educadores, diretamente ligados a crianças e adolescentes infectados pelo HIV, pertencentes a duas instituições, sendo uma a Escola de Educação Básica e a outra uma Casa de Acolhimento, ambas da cidade de Florianópolis, Santa Catarina/Brasil. Almeja-se ter uma primeira visão das questões que envolvem a abordagem desta temática na educação.

Utilizou-se como instrumento de investigação uma entrevista semi-estruturada, com 10 questões, com o objetivo de avaliar as características sócio profissionais dos educadores, os seus conhecimentos e atitudes em relação a AIDS e as suas perspectivas no trabalho com crianças e adolescentes infectados pelo HIV/AIDS, visando identificar as suas dificuldades e necessidades.

A análise de conteúdo foi realizada através do programa NUD*IST – N6.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na análise de conteúdo das entrevistas podemos verificar os seguintes aspectos:

Relativamente à caracterização da amostra por *idade e sexo*, dos 25 educadores envolvidos nesta pesquisa, 23 são do sexo feminino; por sua vez, 11 encontram-se numa faixa etária acima de 48 anos, 6 entre 38 e 48, 5 entre 28 e 38 e 3 tem entre 18 e 28 anos.

Pode-se exprimir que a idade, nesta pesquisa, é um fator a ser considerado na medida em que profissionais mais velhos foram educados numa sociedade com outros valores, tabus, onde o sexo era feito apenas para a procriação, onde a AIDS não existia, bastante diferente dos paradigmas atuais.

Este fator pode, assim, influenciar as dificuldades dos educadores em saber lidar com crianças e adolescentes infectados pelo HIV.

Quanto à *formação*, 15 dos educadores são formados em Pedagogia, 2 em Psicologia, 1 em Serviço Social e 7 não possuem qualificação a nível superior.

Ao serem questionados quanto à *habilitação* do professor para lidar com crianças e adolescentes infectados pelo HIV/AIDS, os dados mostram-nos que 16 dos educadores entrevistados consideram que o professor *não* está habilitado.

Os dados são preocupantes, porém 19 dos educadores inquiridos revelam a necessidade e o interesse de desenvolverem e participarem de trabalhos em Educação Sexual e AIDS nos estabelecimentos de ensino.

Entretanto, estudos sobre Educação Sexual e AIDS nas escolas abordam que são poucas

as instituições educacionais que oferecem conhecimentos propostos intencionalmente no currículo nessa área e apontam o despreparo ou a dificuldade dos professores para exercer essa tarefa (Lopes, 2006; Sampaio *et al*., 2005; Melo, 2004). O que não é diferente em outros estudos (Pereira, 2008; Figueiró, 2006; Melo, 2006; Suplicy, 1998; Vitiello, 1997) que revelam que os professores, quando indagados a respeito do tema, não escondem a sua desinformação e falta de preparação para atuar com sensibilidade pedagógica nesse tema, já que são sempre, saibam ou não, queiram ou não, educadores sexuais.

Diante esse quadro, a formação intencional e continuada dos professores na reflexão crítica, para uma atuação consciente em Educação Sexual torna-se essencial para que a discordância de concepções não se traduza num impedimento à uma proposta de formação sexual emancipatória dos alunos, visto que no Brasil não temos uma lei específica para a Educação Sexual, mas em contrapartida, a partir de 1997 as escolas brasileiras contam com uma proposta inovadora dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), criado pelo Ministério da Educação e do Desporto (MEC) editados inicialmente em formato de livros.

Este conjunto de documentos oficiais indica que os temas transversais, como por exemplo a sexualidade, sejam trabalhados de forma integrada, contínua e sistemática, incorporados às áreas já existentes e ao trabalho educativo da escola:

Tratam de processos que estão sendo intensamente vividos pela sociedade, pelas comunidades, pelas famílias, pelos alunos e educadores em seu cotidiano (Brasil, Secretaria de Ensino Fundamental, 1998, p. 26).

Percebe-se no entanto, que o MEC – Ministério de Educação e Cultura, ainda não possui um instrumento de avaliação de receptividade dessas propostas, capaz de informar quantas escolas já possuem em seus currículos um registro explícito de debates, reflexões e projetos com o tema.

Mas há que registrar que os temas transversais permeiam sempre toda a prática educativa e estendem-se às diversas relações do espaço pedagógico, tenham consciência disso ou não os elementos da comunidade escolar.

A transversalidade pressupõe um tratamento integrado das áreas e um compromisso das relações interpessoais e sociais escolares com as questões que estão envolvidas nos temas, afim de que haja uma coerência entre os valores experimentados na vivência que a escola propicia aos alunos e o contato intelectual com tais valores (Brasil, Secretaria de Ensino Fundamental apud Costa, 2001, p. 103).

Nesta perspectiva, é preciso uma reflexão sobre as rupturas construídas que ocorrem no currículo educacional, nas diferentes disciplinas, com vista à promoção de uma prática pedagógica que elimine com o isolamento da atuação docente às atividades formais.

A consciência/clareza da Educação Sexual como um dos temas transversais remete á necessidade de formação específica para os educadores para essa abordagem:

É necessário que o educador tenha acesso à formação específica para tratar de sexualidade com crianças e jovens na escola, possibilitando a construção de uma postura profissional e consciente no trato desse tema. Os professores necessitam entrar em contato com suas próprias dificuldades diante do tema, com questões teóricas, leituras e discussões referentes á sexualidade e suas diferentes abordagens: preparar-se para a intervenção prática junto aos alunos e ter acesso a um espaço grupal de produção de conhecimento a partir dessa prática, se possível contando com assessoria especializada (Brasil, Secretaria de Ensino Fundamental, 1998, p. 303).

De acordo com a perspectiva histórico-cultural, a sexualidade é uma das dimensões do ser humano, que se constrói e aprende como parte integrante do desenvolvimento

da personalidade. E, sendo a escola lugar principal para se trabalhar os saberes, as competências e as mudanças de comportamentos, representa um contexto favorável e apropriado para o desenvolvimento de atividades educativas emancipatória, trabalhando nas mais diversas áreas do conhecimento humano.

Desta forma, mais do que nunca, há de se investir nas questões da Educação Sexual intencional e nela a prevenção do HIV/AIDS, entendida como um direito à saúde sexual, desmistificando preconceitos e tabus existentes na educação das pessoas. Isto demanda portanto, estratégias pedagógicas apropriadas, visando a formação continuada do professor.

Não é de hoje que a formação de professores nesse tema vem sendo abordada, porém sabe-se que não é fácil haver um acordo teórico quanto ao que seja uma "Educação Sexual".

A escola precisa colaborar, no sentido de reverter este quadro, de tornar a questão da sexualidade e, nela o HIV/AIDS em algo discutido, conversado com tranquilidade, para que o ser humano possa relacionar-se melhor com ele próprio e com os outros. No entanto, sabe-se também, que são poucos os espaços acadêmicos destinados aos professores para trabalharem em formação continuada de um modo geral, e sobre a sexualidade em especial.

É ainda de salientar a importância e a necessidade de uma disciplina de sensibilização nos cursos de graduação nas instituições de ensino superior que aborde o tema da Educação Sexual e, nela a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e a AIDS, visando a formar educadores mais capacitados para essa abordagem. Como também, combater a discriminação que atinge portadores do HIV e doentes de AIDS de forma a contribuir para a adoçao de condutas preventivas por parte dos jovens. Assim, acreditamos que um grande passo será dado no sentido de favorecer na superação desta lacuna na formação formal.

Partindo do pressuposto de que o currículo "é uma construção social, ou seja, trata-se de algo feito pelas pessoas em um determinado momento histórico" (Coppete, p.16, 2003) este deverá proporcionar para educandos e educadores meios de entender o mundo no qual estão inseridos, possibilitando sua vivência integral, inclusive entendida aí a dimensão de sua sexualidade. Sendo que cada instituição educacional tem uma identidade própria, a utilização dos Parâmetros Curriculares Nacionais, como meio de reflexão e discussão sobre o ensino da Educação Sexual, poderá possibilitar uma orientação com relação à contraposição a um ensino tradicional, favorecendo nos educandos e educadores o consequente desenvolvimento de variadas competências, quer técnicas, quer sociais, visando a sua autonomia, a democracia e a solidariedade, com o apoio do resgate da "interdisciplinariedade de vida", via temas transversais.

Atualmente, propostas curriculares municipais brasileiras como as de Florianópolis e São José (Santa Catarina) e Porto Alegre (Rio Grande do Sul), e estadual como a do Estado de Santa Catarina tratam do tema com articulação entre a escola, a família e a sociedade a fim de contribuir para a relação escola-vida e para a construção de um projeto político-pedagógico que considere de fato as realidades sociais, as identidades e diferenças de raça e etnia, de gênero e orientações sexuais, de religiosidades e de gerações (Pereira e Miguel, 2007).

Assim, ao conviverem com a questão da AIDS no quotidiano do seu trabalho, os educadores, constroem as suas acepções a respeito dela.

A seguir apresentamos manifestações sobre a importância e o interesse que o tema tem suscitado, considerando-o uma inquietação imutável, a partir dos testemunhos dos sujeitos deste estudo:

> *"Na prevenção da AIDS, o pânico e o medo são os piores inimigos. Lutar contra a discriminação é lutar pela saúde de todos, é lutar contra aquilo que a Organização Mundial de Saúde chama de Terceira Epidemia de SIDA: a epidemia dos preconceitos. A AIDS não é apenas problema dos educadores. A escola é, por definição, um espaço de socialização do saber, sendo no Brasil, o único espaço em que a criança pode receber e trocar informação" (E5).*

Nas escolas, a educação sobre AIDS, começou a ser uma matéria contemplada, tanto pelos teóricos da educação, como pelos responsáveis pela política educativa, e, ainda fonte de preocupação de organizações internacionais não governamentais, que se têm consagrado à defesa dos Direitos Humanos, de uma forma geral, ou especificamente a alguns dos mesmos, assim como tem constituído tema de reflexão de várias organizações internacionais de professores (Remédios, 1996).

> *"Algumas vezes os profissionais que compõem a escola podem estar mal preparados, divulgando informações mal elaboradas ou distorcidas, carregadas de preconceitos e isto ocorre em vários sentidos, inclusive em relação à AIDS, DST's e drogas. Como acontece em outros países, as escolas brasileiras já deveriam estar integradas em programas de prevenção à AIDS, dirigido a funcionários, professores, pais e alunos, bem como formas de integrar o portador" (E8).*

Sendo a escola um espaço de construção de laços subjetivos, permite a formação de valores, emoções, habilidades e hábitos intelectuais e sociais (Guimarães, 1995). É um lugar privilegiado para mudança de postura, de questionamento e aprendizagem e, sem dúvida, pelo fato de a criança e o adolescente permanecerem lá por muitos anos, é que se percebe a importância de se discutirem temas da sexualidade ligados aos interesses dos alunos, levando-os a adquirir a consciência do seu ser, como um todo. Cabe ressaltar que a escola é um dos principais centros para a educação no setor de saúde e a criação desse espaço de socialização do saber contribui para a promoção e divulgação de medidas preventivas ao combate à AIDS (UNAIDS, 2005).

Quando questionados sobre as principais *características do trabalho* com crianças e/ou adolescentes portadoras do HIV na sua escola, 11 dos educadores opinaram pela *não discriminação* das crianças e/ou adolescentes soropositivos:

> *"As dúvidas ainda são muitas, o preconceito existe sendo apenas mascarado. A preocupação da sociedade e da mídia é apenas de "alertar", muitas vezes de forma grosseira, fazendo ligação direta da AIDS com a morte" (E2).*

> *"A sociedade discrimina os portadores do HIV, deixando-os excluídos de muitas atividades. Muitas vezes por falta de conhecimento" (E18).*

> *"O preconceito ainda existe, porém as pessoas ainda não se conscientizaram da gravidade da doença" (E23).*

Ainda, no que concerne as manifestações sobre a importância e o interesse que o tema tem suscitado, 8 dos educadores inquiridos nesta pesquisa destacaram a importância do afeto, amor, carinho e o respeito. Assim sendo, é preciso avultar que a prática pedagógica do docente, bem como o seu entendimento do desenvolvimento da doença e as relações de afetividade entre professor e aluno, são fundamentais para que a criança soropositiva se sinta apoiada e integrada socialmente.

> *"De uma forma geral todas as crianças, portadoras ou não do vírus HIV, que vivem em abrigo, precisam ser tratadas da mesma forma, recebendo amor, carinho, atenção e principalmente respeito pela sua individualidade" (E 3).*

Outra característica ressaltada foi quanto à *habilitação dos profissionais* para lidarem com crianças e adolescentes soropositivas, sendo que os educadores inquiridos acham

importante a qualificação dos profissionais. O grande desafio é reconhecer a dificuldade, questionar e manter-se informado junto a temática HIV/AIDS, visto ser uma necessidade emergente, perante a atual realidade.

> *"Mais informações dos professores e aplicações de materiais pedagógicos com alunos" (E15).*

> *"Os profissionais que lidam direta ou indiretamente com as crianças portadoras do HIV, precisam estar preparados e informados sobre a doença (formas de contágio, efeitos colaterais dos medicamentos e outros) para que, desta forma, possam esclarecer as crianças sobre suas dúvidas sempre que necessário" (E 21).*

Se, por um lado, prevalecem as limitações do preconceito, a insegurança e falta de informação sobre a AIDS que dificultam a atuação dos educadores; por outro lado, podemos ver que a escola é o espaço em que a criança e o adolescente espera receber o apoio e a ajuda que precisa para se localizar na sociedade e para se desenvolver nos vários aspectos: físico, emocional, intelectual, social e também sexual, o que vem de encontro com a opinião de 2 educadores que participaram deste estudo:

> *"Procurar desenvolver a auto-estima, tratando-a com respeito e sem preconceito, identificando-a como uma criança normal, orientando-a a participar das atividades" (E12).*

Quando questionados sobre as *possíveis causas das dificuldades na aprendizagem* encontradas pelas crianças e/ou adolescentes, 15 dos educadores entrevistados dividiram suas opiniões em: 5 afirmam que uma das dificuldades encontradas por estes é a *institucionalização,* ou seja, encontrarem-se nas Casas de Acolhimento; outros 5 apontam para o *histórico de vida* dessas crianças e/ou adolescentes (maus tratos, violência sexual, abandono, baixo nível socio-económico, perda dos pais ou decisões judiciais); e 5 para a *ausência de informações* dos profissionais que lidam diretamente com elas. Contudo, 4 educadores revelam que as possíveis dificuldades na aprendizagem estejam ligadas ao *tratamento medicamentoso*, que causa sonolência, desânimo, mudanças no humor (como irritabilidade e agressividade); 2 dos educadores apontam para a *falta de suporte psicológico e psicopedagógico*; 2 educadores da amostra indicam a *falta de incentivo aos estudos*, ou seja, não conseguem ver futuro para estas crianças e adolescentes, deixando assim a educação como a última prioridade e, por fim, 2 educadores referem *a carência afetiva*.

Diante dessa realidade, ganham igual importância as dinâmicas resultantes da prática do professor, seja em que disciplina for, tanto nas ciências humanas, quanto em outras áreas mais técnicas, implicando no entendimento e decisão sobre a resolução de diversos problemas. Estes, certamente, sempre dizem respeito às circunstâncias da organização do sistema de ensino, às carências pessoais dos educandos, bem como às suas relações sociais e políticas. Fato que tem demandado dos educadores busca de aperfeiçoamento no seu agir profissional e a busca de ampliar seu conhecimento, assim como uma reflexão aprofundada nas revisões das políticas e práticas educativas de inúmeros países.

Sendo a aprendizagem humana determinada pela interação entre indivíduo e meio, onde participam os aspectos biológicos, psicológicos e sociais (Pain, 1992), é preciso que os educadores compreendam de forma global e integrada os processos cognitivos, emocionais, sociais, culturais e orgânicos que interferem na aprendizagem, a fim de possibilitar situações que resgatem o prazer de aprender na sua totalidade.

Para Alarcão & Tavares (2007), a prática pedagógica é um dos principais elementos do processo de formação de professores. A compreensão desta prática, segundo estes autores é:

Um processo lento que, iniciado na chamada formação inicial, não deve terminar com a profissionalização, mas prolongar-se sem quebra de continuidade na tão falada e tão pouco considerada "formação contínua" (Idem, p. 11).

Os educadores, ao omitirem este assunto, na sua prática pedagógica, reforça a idéia de que a AIDS não é um tema de conhecimento, que não faz parte da educação. Desta maneira, mantém a desinformação dos seus alunos, reforçando a noção de que o assunto sobre HIV/AIDS passa inobservado, e não contribui para uma visão positiva da mesma.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória vivencial foi marcada pelo sentimento de que o surgimento desta doença inaugura novos desafios para as políticas educacionais, incorporando de uma forma singular o que nós, profissionais da área, entendemos por Saúde e Bem-Estar dos Alunos.

No presente estudo identificou-se algumas das causas das dificuldades dos educadores, apresentadas no trabalho desenvolvido com crianças e adolescentes afetados pela AIDS no Brasil.

Na perspectiva de conhecimentos, as crianças e adolescentes anseiam e desejam que o mais experiente, não lhes transmita apenas informações sobre o aspecto bio fisiológico da sexualidade e AIDS, mas que discutam com eles as questões afetivas e emocionais que permeiam o desenvolvimento físico, o relacionamento e a iniciação sexual, buscando contingência para suas angústias num lugar onde se sentem seguros.

Porém, fazer com que a escola cumpra o seu papel e a sua responsabilidade institucional na sociedade, diante da falta de formação do educador para lidar com as questões que envolvem o tema, e ainda por a sexualidade ser vista como um processo no desenvolvimento humano e social que se dá de maneira oculta, proibitiva e sigilosa, e pelo fato de saber que entre os seus educandos possa haver uma criança e/ou adolescente soropositivo, ainda é um desafio.

A atuação dos educadores é fundamental, no sentido de reverter este quadro, de tornar a questão da sexualidade e do HIV/AIDS em algo discutido, conversado naturalmente, para que a criança e o adolescente possa relacionar-se melhor com ele próprio e com os outros. Sendo assim, repensando a educação, levando em consideração a vivência das crianças e adolescentes afetados pelo HIV/AIDS, os desafios que trazem consigo, suas diferenças individuais, seus traumas, sua própria cultura.

No decorrer do presente artigo procurámos apontar para a importância da educação como fator de mudança de atitudes face ao HIV/AIDS, avultando que as crianças e adolescentes acolhidos trazem consigo *diferenças* oriundas de quadros característicos de abandono, rejeição, maus tratos e outros componentes que certamente influenciarão na formação de sua personalidade, cabendo aos responsáveis conduzir criteriosamente a educação, de forma a superar estas falhas e incutir elementos que fortaleçam a efetividade, o intelecto e proporcionem condições favoráveis que respeitem a necessidade de segurança material e emocional possibilitando a formação do cidadão autônomo e responsável frente a si e à sociedade.

Sem pretensões de generalização, não era, aliás, este o propósito do estudo, os resultados mais significativos indicaram: (i) ausência de formação inicial sobre o HIV/AIDS (afirmando os inquiridos que não procuraram e não tiveram qualquer tipo de formação sobre o HIV/AIDS em nenhuma disciplina na Universidade); (ii) valorização e motivação, por parte dos educadores das componentes formativas dos currículos, nomeadamente da componente teórica e prática da formação em HIV/AIDS; (iii)

sensibilidade dos inquiridos em aceitar uma criança e/ou adolescente soropositivo em sua sala de aula; (iv) ausência de formação continuada sobre o HIV/AIDS (apenas 2 dos inquiridos neste estudo participaram de cursos referente à Educação Sexual e DST's/ AIDS nos últimos três anos).

Este trabalho é um exemplo de que a informação, como unidade de ensino, é necessária para a reformulação das estratégias e conhecimentos teórico-práticos utilizadas desde há muito tempo.

Algumas reflexões para a Casa de Acolhimento: conhecer e decidir o aparato técnico/ operacional referente aos processos organizacionais**;** identificar o objetivo de trabalho, os instrumentos de intervenção e avaliação dos resultados do processo de trabalho do psicopedagogo e demais técnicos e funcionários; refletir sobre a sistematização, na prática, contemplando os fundamentos teóricos e ideo-politicos presentes na construção e uso de instrumentos; procurar subsídios que possam qualificar e preparar os seus funcionários para as atividades exercidas; utilizar instrumentos e técnicas como: observações, reuniões, elaborações e aplicações de questionários visando a realização de análises constantes sobre a prática diária.

A nível da instituição escolar, torna-se necessário: identificar adequadamente os objetivos e as necessidades da prática profissional e da sua realidade escolar; preparar material necessário para estudo e elaborar formas de aprendizagem para os educandos, relativo ao tema do estudo; solicitar auxílio aos órgãos e instituições competentes para que possam dar esclarecimentos sobre as possíveis dúvidas surgidas relativas ao HIV/AIDS; investir na formação inicial e contínua dos educadores e professores a nível da Educação Sexual, para assim melhorar a qualidade do apoio a crianças infetadas pelo HIV.

5. REFERÊNCIAS

Alarcão, I. e Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica***:** uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: Almedina.

Brasil (1998). Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais:* terceiro e quarto ciclos da educação fundamental. Brasília: MEC/SEF.

Coppete, M. C. (2003). *Currículo.* Caderno Pedagógico I. 2.ª ver., Florianópolis: UDESC/CEAD.

Costa, A. C. (2001). *A escola da vida:* as trajetórias escolares e ocupacionais de trabalhadores evadidos do ensino fundamental. Tese de Doutorado, UNICAMP/FE. Campinas, SP.

Figueiró, M. N. D. (2006). *Formação de educadores sexuais*: adiar não é mais possível. Campinas, SP: Mercado de Letras; Londrina, PR: Eduel, Coleção Dimensões da Sexualidade.

Guimarães, I (1995). *Educação Sexual na escola:* mito e realidade. São Paulo: Mercado de Letras.

Kalichman, S.C. (1998). *Preventing AIDS. A Sourcebook for Behavioral Interventions*.

New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.

Lopes, J. C. F. (2006). *Sexualidade dos adolescentes e VIH/SIDA:* conhecer para educar. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Portugal.

Melo, S. M. M. (2004). *Corpos no Espelho.* A percepção da corporeidade em professoras.Campinas, SP: Mercado de Letras.

Melo, S. M. M. e Pocovi, R. M. de S. (2002). *Educação e Sexualidade.* Caderno Pedagógico; v. 1. Florianópolis: UDESC.

Pain, S. (1992). *Diagnóstico e Tratamento dos Problemas de Aprendizagem*: ArtMed.

Pereira, G. R. e Pereira, A. (2008). *HIV/AIDS Teaching and Learning Necessities***.** In: M. Muñoz; I. Jelinek e F. Ferreira (Orgs.). International Association for the scienfic Knowledge. Proceedings

of the IASK International Conference. (pp.608-613). Aveiro, Portugal.

Pereira, G. R. (2007). Desenvolvimento de um Programa de Intervenção Psicopedagógico de Suporte à Criança Infectada pelo VIH, Tese de Doutorado, Dept. Ciências da Educação, Univ. de Aveiro, Portugal.

Pereira, G. R. (2006). Crianças, SIDA e escola: a perspectiva dos educadores, Atas do Simpósio Internacional Activação do Desenvolvimento Psicológico, Aveiro: Universidade de Aveiro, pp. 336-341.

Pereira, G. R. e Miguel, D. S. (2007). *O orientador educacional como assessor para a educação sexual.* In: J. A. Costa; A. Neto-Mendes e A. Ventura (Orgs.). A assessoria na educação em debate (pp. 365-373) Aveiro: Universidade de Aveiro.

Remédios, M. J. L. (1996). A Educação Escolar para a Saúde sobre a SIDA: O posicionamento dos professores do ensino secundário, no concelho de Lisboa. Dissertação de mestrado, UCP, Lisboa, Portugal.

Sampaio, D.; Matos, M. e Silva, M. (2005). *Relatório preliminar do grupo de trabalho de educação sexual.* Lisboa: Ministério da Educação.

Suplicy, M. (1999). *Sexo se aprende na escola.* 2.ª ed. São Paulo: Olho d'Água

Suplicy, M. (org.) (1998). *Sexo para adolescentes:* Orientação para educadores. São Paulo: FTD.

Unaids (2005). Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS. AIDS epidemic update.

Vitiello, N. (1997). *Sexualidade:* quem educa o educador. Um manual para jovens, pais e educadores. São Paulo: Iglu.

INFLUÊNCIA DA PUBLICIDADE TELEVISIVA NA PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO SEXUAL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO COM CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS

Jordão Abreu[1], Isabel Chagas[2], François Paymal[3], Georgina Woywode[4], Helena Ribeiro[5], Ileser Cristo[6] & Rita Fernandes[7]

Resumo

Um dos problemas contemporâneos da educação reside, precisamente, no facto de actualmente os professores se verem confrontados com a necessidade de aprender a gerir, no contexto educativo, os conteúdos provenientes das novas tecnologias da informação e comunicação e em diferentes formatos. Se, por um lado, pode ser positivo haver muita informação disponível, por outro lado, é importante desenvolver o espírito crítico face à mesma, de modo a minimizar eventuais efeitos indesejáveis decorrentes da exposição a conteúdos de fraca qualidade. Nesta perspectiva, interessou-nos reflectir sobre a influência dos conteúdos televisivos no processo de Educação Sexual das crianças e adolescentes, por tratar-se de um meio de comunicação extremamente massificado. Deste modo, decidimos desenvolver um estudo exploratório envolvendo três grupos distintos: crianças do primeiro ciclo do ensino básico; adolescentes do terceiro ciclo do ensino básico, e adultos a frequentarem o terceiro ano de um curso superior. Dada a impossibilidade objectiva em estudar a televisão numa perspectiva global, foi necessário circunscrever o objecto desta investigação ao estudo de alguns anúncios publicitários televisivos criteriosamente seleccionados. Nesta sequência, definimos como objectivo geral deste trabalho, verificar quais as principais concepções dos participantes em relação aos anúncios publicitários visualizados, analisando-as à luz de princípios fundamentais em Educação Sexual.

No presente estudo, destacou-se a presença de um determinado ideal estereotipado de beleza, centrado *no corpo*, *no jovem* e *no status,* facto observado em todos os anúncios e manifestado por todos os grupos participantes. De um modo geral, a sexualidade foi abordada na perspectiva do *prazer*, explorando pouco a sua dimensão afectiva no sentido intra e interpessoal, ocorrendo uma vinculação de valores redutores do ser (homem e mulher) a um símbolo (objecto) sexual.

O público em geral, e os jovens e crianças em particular, devem desenvolver um espírito crítico face à estimulação publicitária, não se deixando influenciar emocionalmente mas construindo uma racionalização apropriada à mensagem recebida. O desenvolvimento desta capacidade crítica requerer estimulação, treino e aprendizagem. É neste sentido que os adultos devem ajudar os mais novos. Uma vez que a publicidade usa todos os instrumentos para alcançar o seu fim, a mudança de atitude deverá vir da parte dos adultos, da sua cultura e formação (Jeremias, 2005).

Palavras-chave

Educação sexual; televisão; publicidade; espírito crítico.

SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO SEXUAL

Segundo Ávila (1982) a sexualidade é mais um elemento da personalidade, pelo que a Educação Sexual deve abranger, entre os seus objectivos, o de desenvolver as

1. Universidade de Lisboa: **jordaoabreu@gmail.com**
2. Universidade de Lisboa: **michagas@gmail.com**
3. Universidade de Lisboa: **fpaymal@hotmail.com**
4. Universidade de Lisboa: **gina.woywode@netcabo.pt**
5. Universidade de Lisboa: **lenaribeiro@sapo.pt**
6. Universidade de Lisboa: **leise.ccc@hotmail.com**
7. Universidade de Lisboa: **rsantossilva@gmail.com**

capacidades de inter-relação do indivíduo, promover as competências sociais, favorecer a comunicação do afecto e a expressão de emoções e sentimentos. A escola enquanto espaço de socialização das crianças, adolescentes e jovens assume um papel fulcral no desenvolvimento e implementação da Educação Sexual, enquanto contributo para a formação pessoal e social. Ora vejamos os problemas, cada vez mais referenciados na comunicação social, associados à gravidez na adolescência, casos de abusos sexuais e de doenças sexualmente transmissíveis. Essas situações não são novidade, no entanto, actualmente surgem ainda enfatizados devido à simultânea crise de valores da sociedade, numa altura em que imperam o consumismo e o individualismo, em que o diálogo correcto e bem estruturado entre os indivíduos é insuficiente.

Segundo Nápoles (2002) a Educação Sexual tem como objectivo a construção de uma saber constituído de atitudes, comportamentos e de valores. Em nosso entender essa construção deve ter em conta o "eu" global do indivíduo, as suas necessidades respeitando a dignidade do próximo, de forma a ir ao encontro dos valores preconizados pela Declaração dos Direitos Humanos. O artigo n.º 3 da Lei de Bases (46/86), menciona que o Sistema Educativo organiza-se de forma a contribuir para a formação do carácter e da cidadania, promovendo uma reflexão consciente sobre os valores espirituais, estéticos, morais e cívicos e proporcionando um equilibrado desenvolvimento físico. Podemos destacar também, os valores expressos no documento *Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras*, editado conjuntamente pelos Ministérios da Educação e da Saúde, em 2000:

- O reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspectos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual;
- O reconhecimento de que a sexualidade é uma fonte potencial de vida, de prazer e de comunicação e uma componente da realização pessoal e das relações interpessoais;
- O reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade;
- O respeito pelo direito à diferença e pela pessoa do outro, nomeadamente os seus valores, a sua orientação sexual e as suas características físicas;
- A promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres;
- A promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, nas esferas sexual e reprodutiva;
- O reconhecimento do direito à maternidade e à paternidade livres, conscientes e responsáveis;
- O reconhecimento das diferentes expressões da sexualidade ao longo do ciclo da vida;
- A recusa de expressões de sexualidade que envolvam violência ou coacção, ou relações pessoais de dominação e de exploração.

TELEVISÃO E COMPORTAMENTO SEXUAL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

É mais ou menos consensual a ideia generalizada de que as cenas de cariz erótico-sexual são uma das maneiras mais eficientes de aumentar as audiências televisivas. O que tem sido motivo de discussão e investigação é a influência dessas cenas no comportamento de crianças e adolescentes. Segundo Collins R. *et al* (2004) os jovens que assistem com

frequência a programas com conteúdo erótico são duas vezes mais propensos à precocidade nas relações sexuais do que aqueles que não vêem esse tipo de espectáculo porque os pais não permitem. O estudo analisou os hábitos televisivos e sexuais de 1.792 adolescentes ao longo de um ano, tendo os investigadores se baseado na *Teoria da Aprendizagem Social* para explicar alguns factos, dando especial destaque ao comportamento de imitação exemplificado na seguinte ideia, "*Se toda a gente fala de sexo e faz sexo sem que nenhuma consequência negativa seja mostrada, o jovem pensa: 'Eu também preciso fazer sexo*"" (Collins R. *et al,* 2004, p. 287). Esta investigação sugere, que os programas com cenas de sexo não apenas provocam a antecipação da primeira relação sexual como também levam os jovens a queimar etapas mais rapidamente, ou seja, "passar dos beijos para carinhos mais ousados e destes para o sexo oral". O surpreendente é que programas que apenas falam sobre sexo parecem ter sobre os adolescentes o mesmo efeito que aqueles que exibem cenas eróticas. O estudo sugere ainda que crianças de 12 anos que assistem com frequência a atracções com conteúdo erótico mostram um despertar sexual similar ao de adolescentes de 14 ou 15 anos que vêem poucos programas desse tipo.

A CRIAÇÃO DAS *LOVEMARKS*

Com o intuito de melhor compreender as reacções das pessoas aquando a visualização de publicidade (neste caso com o enfoque maior na televisão como meio difusor), torna-se importante referenciar a agência que produz os anúncios publicitário, não esquecendo as suas pretensões quando transmite os anúncios por si criados. Neste sentido, surge uma expressão *Lovemarks* no mercado publicitário que vale a pena conhecer e compreender. Com o evoluir dos tempos, os conceitos vão sofrendo alterações e adaptando-se às novas necessidades dos consumidores. No livro *Lovemarks – the future beyond the brands*, Kevin Roberts (2004) explica como se chegou até ao conceito de *Lovemarks*. Houve necessidade de surgir marcas às quais compete transmitir confiança para os consumidores através da consistência, do valor, do desempenho e da qualidade. Porquê associar o amor como sentimento chave às escolhas do consumidor? Se o objectivo é criar e potenciar relações com os consumidores, de forma a transmitir sensações positivas e favoráveis, então nenhum outro sentimento corresponde melhor a esta necessidade. Todo o ser humano precisa dele, pois tem um significado e expressão muito fortes, para além de envolver uma participação, dedicação e sensibilidade, estando sempre assente na confiança. Assim, Roberts (2004) baseando-se na vida do ser humano apresenta um conjunto de três possíveis atributos enquadrados e interligados ao sentimento do amor, que podem ser adaptados a cada produto, serviço, empresa, país ou mesmo pessoa.

Um primeiro atributo refere-se ao mistério no qual se inclui o passado, o presente e o futuro, os grandes feitos da marca que devem ser realçados, os mitos e as histórias que fascinam e atraem os consumidores e que pela sua grandiosidade são fonte de inspiração. Um sentimento tão forte como o amor pode não ser necessariamente visto como uma paixão quente e arrebatadora que rapidamente desvanece, mas antes como um meio de alcançar uma relação duradoura e estável, envolvida em mistério que alimenta a própria relação.

A sensualidade é o segundo atributo que pode ser desenvolvido através dos cinco sentidos do ser humano: a audição, a visão, o olfacto, o tacto e o sabor. Tudo o que o ser humano capta e percepciona é ordenado, interpretado e tem uma grande influência nas consequentes acções e comportamentos, nomeadamente ao nível do consumo.

O terceiro procura a intimidade na relação que se cria com o consumidor, estando próximo sem cansar e conquistando uma fidelidade imortal (Ramos, 2004). Procura-se o compromisso e a empatia, sem contudo arrefecer a intensidade do envolvimento. Implica responsabilidade, discernimento e ponderação para saber medir as distâncias e não pressionar demasiado o consumidor.

Esta nova perspectiva, talvez um pouco revolucionária para alguns, acredita no optimismo, na inspiração e no compromisso como formas de resolver problemas. O papel essencial da agência publicitária é assim, ajudar a transformar o mundo num melhor lugar para todos. Primeiro, é através da auto-estima que surge do emprego, das escolhas, das oportunidades e dos desafios e também pela preocupação e concentração nas ideias criativas que ao inovar podem alcançar o bem comum (Roberts, 2004)

As mensagens associadas aos anúncios publicitários não são obrigatoriamente negativas, podendo ser um elemento bastante pertinente na construção da informação e na compreensão do mundo envolvente e do próprio indivíduo. Torna-se sim obrigatório educar para a correcta compreensão dos anúncios, seleccionando apenas a informação válida e com verdadeiro significado e, tanto a família como a escola devem proceder a essa tarefa, com especial cuidado, promovendo o espírito crítico e a responsabilidade nas escolhas que se fazem.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE DE ANÚNCIOS

A publicidade visual e os anúncios televisivos representam a imagem mediática. Os anúncios são imagens invasoras, omnipresentes, que se dirigem às grandes multidões e fazem parte da vida quotidiana de cada um, despertando a atenção e provocando o desejo de muitos. Os anúncios publicitários da televisão, devido ao seu carácter repetitivo, instalam-se mais facilmente na memória (Berger, 1982). Somos quotidianamente levados à utilização das imagens, à sua decifração e interpretação. Por um lado, lemos as imagens de uma forma que nos parece perfeitamente natural que aparentemente não é necessário qualquer aprendizagem e, por outro, somos influenciados, de forma inconsciente, e manipulados por imagens codificadas (Joly, 2007).

A significação global de uma mensagem visual é constituída pela interacção de diferentes utensílios e de diferentes tipos de signos: plásticos, icónicos e linguísticos. Os diferentes tipos de signos concorrem em conjunto para a construção de uma significação global e implícita. A interpretação destes signos joga com o conhecimento cultural e sócio - cultural do espectador, a quem é exigido grande trabalho de associações mentais (Joly, 2007). A função da mensagem publicitária é essencialmente conotativa, centrada no destinatário. A função da análise da imagem pode constituir na verificação das causas do bom funcionamento, ou pelo contrário, do mau funcionamento da mensagem visual. Para analisar uma mensagem é preciso começar por nos colocarmos do lado da recepção e procurar para quem ela foi produzida. Para a compreensão do seu conteúdo além de identificar o destinatário da mensagem visual é também determinante identificar a sua função (Joly, 2007).

A semiótica é a teoria que aborda a imagem sob o ponto de vista da significação (produção de sentido) e não da emoção ou estético. A semiologia dedica-se sobretudo ao estudo das imagens visuais. Esta abordagem da comunicação publicitária é fundamental para a sua compreensão e para a melhoria dos seus resultados (Joly, 2007). A publicidade passou a ser objecto de estudo e de análise com Roland Barthes. Para este autor, as imagens publicitárias são constituídas pelo que está à vista e pelo que é interpretado. A metodologia utilizada por Roland Barthes tem como objectivo investigar quais os signos que uma imagem contém e que signos são esses. A mensagem visual é considerada como sendo uma linguagem, como um instrumento de expressão e de comunicação. Segundo Barthes é possível aplicar à mensagem publicitária um método de análise que tem a sua origem na linguística. A mensagem é vista como um conjunto de um plano de expressão, que corresponde ao significante, e de um plano de conteúdo, que corresponde ao significado. O significante de uma mensagem é traduzido em significados, existindo uma dupla mensagem na publicidade. A finalidade do anúncio publicitário é alcançada quando se consegue compreender os significados da mensagem, ou seja, as conotações. A

mensagem denotada, que é ao mesmo tempo, o significante e o significado publicitário, detém a responsabilidade humana da publicidade (Barthes, 1987).

Um anúncio pode seduzir sem convencer, mas essa sedução pode, mesmo assim, levar à compra do produto (Barthes, 1987). Os critérios utilizados na linguagem publicitária são os mesmos da poesia (Barthes, 1987): figuras de retórica, metáforas e jogos de palavras. Estes são signos duplos que ampliam a linguagem em direcção a significados latentes. E quanto mais a mensagem publicitária contém esta duplicidade, maior é a função da sua mensagem conotada.

Em publicidade, frequentemente, o homem é retratado como racional e lógico; a mulher surge, ora como dona de casa, ora como objecto sexual, conforme se observa no exemplo evidenciado na Figura 1.

Figura 1. Spots publicitários: A) Cartaz publicitário alusivo a uma marca de cerveja que explora o corpo feminino como objecto sexual. B) Publicidade a uma marca de roupa para homem, explorando a imagem de uma figura pública personificando a imagem do homem racional e sóbrio referido anteriormente.

Esta realidade tem levado a que na União Europeia se discutam directivas para impedir a utilização de homens e mulheres como objectos sexuais na publicidade.

ATITUDE FACE À PUBLICIDADE

Quando se examina o papel que a publicidade desempenha na formação de atitudes e de comportamentos nas crianças como consumidoras, é importante estabelecer o ponto até ao qual os mais novos estão expostos à publicidade, e o quanto atentos se mostram quando se confrontam com ela. A atenção e os níveis de exposição são variáveis - chave em qualquer contexto de comunicação. O grau de atenção pode influenciar a interpretação da criança das mensagens publicitárias e também o quanto são lembradas. Constatou-se que as crianças que são mais atentas à publicidade consideram os anúncios mais verdadeiros. A atenção à publicidade é também um factor importante na ligação com os efeitos que os anúncios possam ter sobre os jovens consumidores. Baixos níveis de atenção, geralmente, conduzem a baixos níveis de efeitos (Young, 1990, citado em Gunter & Furnham, 1998, p.163).

As crianças tomam atenção aos anúncios de produtos que lhes interessam ou que as atraem, ou porque estes anúncios possuem qualidades especiais na sua apresentação, tais como imagens em movimento rápido, música, efeitos de som, ou personagens favoritas. Outros factores que normalmente aumentam a atenção das crianças a um anúncio televisivo incluem a geral inteligibilidade do seu conteúdo, as mudanças frequentes nas personagens, temas e cenários. À excepção destes, a atenção de uma criança a um anúncio

também dependerá das suas atitudes em relação ao produto publicitado em si mesmo (Verhaeren, 1991, citado em Gunter & Furnham, 1998, p.169). As crianças com maior maturidade buscam significados independentes da proeminência conceptual da produção dos atributos. Mais geralmente, as crianças mais velhas ficam cansadas dos anúncios mais rapidamente (Greer *et tal*., 1982, citado em Gunter & Furnham, 1998, p.170). Há uma maior baixa na atenção aos anúncios enquanto se vê televisão entre criança mais velhas, do que entre as mais novas. Noutros estudos, referiu-se uma maior atenção entre as raparigas do que entre os rapazes (Greenberg *et al*., 1986, citado em Gunter & Furnham, 1998, p.170). Não existe uma conclusão nítida que possa ser retirada acerca de qual o sexo que presta mais atenção, em geral, à publicidade televisiva. Sem dúvida que o género desempenha um papel nos níveis de atenção a anúncios específicos, todavia, dependendo da natureza do produto que está a ser promovido.

Embora as crianças possam ver a publicidade na televisão, o seu impacto subsequente sobre elas pode depender criticamente de se elas compreendem o que significa. A um nível simples, o entendimento inicial das crianças verifica-se pela sua capacidade de fazer a distinção entre publicidade e programas. Para além disso, contudo, elas têm de ser capazes de reconhecer o objectivo promocional e a intenção persuasiva da publicidade. O estudo do entendimento das crianças do propósito de persuasão por detrás da publicidade é uma questão - chave e qualquer discussão da regulação publicitária. Se as crianças ignorarem os intentos persuasivos, poder-se-á argumentar que a publicidade tira vantagens da sua ingenuidade. Quando se avalia a capacidade de uma criança para compreender o propósito dos anúncios, é importante que as metodologias empregada pelos investigadores proporcionem indicadores válidos e precisos de como as crianças respondem à publicidade televisiva.

A publicidade televisiva pode ter efeitos sobre as crianças, potencialmente, numa série de níveis psicológicos. Pode influenciar aquilo que as crianças sabem acerca dos produtos e do consumismo, das suas atitudes em relação aos produtos e às marcas ou os seus valores de consumo. A publicidade pode também afectar o comportamento aquisitivo. Mesmo que a publicidade produza atitudes favoráveis em relação aos produtos, não é forçoso que isto conduza ao comportamento aquisitivo por parte das crianças ou mesmo a uma predisposição para pedidos de compras aos pais.

Muitos investigadores, indicam que embora pareça existir uma relação entre a exposição à publicidade e o grau ao qual os conhecimentos e as atitudes das crianças são influenciados, não é, de todo certo, que a publicidade televisiva apenas seja responsável por estes efeitos (Young, 1990, citado em Gunter & Furnham, 1998, p.218). Uma razão para estas diferenças nas atitudes, nos conhecimentos e nos valores, constatada nas crianças que eram expostas a uma maior quantidade de anúncios, poderia ser um resultado das diferenças na classe social (Goldberg, 1990; Kapferer, 1985, citado em Gunter & Furnham, 1998, p.218). É frequentemente sugerido que as crianças mais novas são mais susceptíveis aos efeitos da publicidade televisiva do que as crianças mais velhas. Várias explicações são fornecidas para provar esta tese. As crianças mais velhas possuem mais competências cognitivas, que resultam num entendimento crescente do intento comercial do anunciante e do conteúdo do anúncio. Consequentemente, as crianças mas velhas usarão, mais frequentemente, todo um aparelho de defesa cognitiva contra o anúncio.

Um papel importante nos efeitos dos anúncios sobre os conhecimentos, as atitudes e os valores da criança é desempenhado pelos pais, que são em parte influenciados pelo meio educacional e social a que pertencem. A maior parte os estudos, por exemplo, ligam os pais de classes sociais mais baixas a maiores quantidades de exposição à televisão e a uma exposição mais elevada aos anúncios dos seus filhos (Goldberg, 1990, citado em Gunter & Furnham, 1998, p.219). Todavia, os pais também exercem uma influência directa, quando fornecem comentários sobre eles. A intervenção parental é por vezes considerada

a ferramenta mais eficaz na gestão da influência da televisão sobre as crianças e sobre os jovens. A razão para isto é que as crianças e a publicidade televisiva normalmente funcionam num contexto social e familiar. Neste contexto, proporcionado principalmente pelos pais, influencia as mensagens que as crianças retiram da televisão, a forma como usam esse meio de comunicação e os seus conhecimentos como espectadores de televisão. Muitas das vezes, em muitos aspectos, os pais (e outros) podem influenciar as mensagens que as crianças colhem da televisão (Dorr, 1986, citado em Gunter & Furnham, 1998, p.219).

Muitos investigadores sugerem que a "educação" é melhor que a censura. As crianças deviam ser ajudadas e guiadas na sua iteração com os anúncios de televisão. A orientação parental e a educação pública devem desempenhar um papel importante na preparação das crianças para lidarem com o tipo de sociedade em que têm que viver. Na prática, as crianças poderiam ser ensinadas acerca da publicidade televisiva, as suas intenções e funções, por parte dos pais e professores.

MÉTODOS E MATERIAIS

Tendo optado pelos anúncios publicitários seleccionámos a SIC e a TVI como os canais televisivos por excelência para deles retirarmos os *spots* necessários, tendo em consideração que são os mais visualizados pelas crianças e adolescentes no período compreendido entre as 18:00h e as 20:00h. Após a gravação dos programas televisivos incluídos nessa faixa temporal, destacámos apenas os anúncios directamente relacionados com características inerentes à sexualidade, de forma abrangente, segundo os critérios: grau de erotização, faixa etária a que se destina e natureza dos produtos publicitados. Foi seleccionado um conjunto limitado de anúncios (sendo cinco na sua totalidade) de forma a facilitar posteriormente a sua análise qualitativa: anúncio 1 - Iogurte Adágio, anúncio 2 - El Corte Inglês, anúncio 3 - Chupa Chups, anúncio 4 - Giorgio Armani, anúncio 5 - Mac Donald's.

Participaram neste estudo 65 estudantes de três níveis de ensino: uma turma do primeiro ciclo do ensino básico, composta por 24 crianças do concelho de Loures; um grupo de 24 adolescentes do terceiro ciclo do ensino básico, do concelho do Pinhal Novo e por último, uma turma de 17 adultos do ensino superior, no terceiro ano de licenciatura, do concelho de Lisboa.

O instrumento de recolha de dados consistiu num questionário de resposta aberta com o intuito de conhecer as concepções de cada participante, aquando da visualização de cada anúncio publicitário, permitindo em simultâneo um maior leque de respostas, enriquecendo assim o trabalho. O grupo de investigação elaborou o questionário tendo em consideração o seu carácter único e abrangente de forma a possibilitar a sua aplicação na totalidade dos anúncios. Cada professor/investigador procedeu previamente a uma breve abordagem, que contextualizou os objectivos inerentes à visualização dos anúncios explicitando sumariamente a investigação em curso, garantindo a confidencialidade dos dados e proporcionando liberdade de expressão. Em cada momento, mencionado anteriormente e em contexto de sala de aula, cada turma visualizou os cinco anúncios seleccionados, intercalando-os com o preenchimento do questionário (um exemplar para cada anúncio). Para a realização destas tarefas, o tempo médio utilizado foi de trinta minutos.

TRATAMENTO DOS DADOS

Após a recolha dos dados os investigadores procedem à leitura dos dados. À medida que o fazem, apercebem-se da repetição de certas palavras ou frases e o realce de outras, frase, padrões de comportamento ou acontecimento. O desenvolvimento de um sistema

de codificação envolve várias etapas: analisa os seus dados na procura de regularidades e padrões e em seguida escreve palavras ou frases que os representa constituindo, assim, as categorias de codificação. Estas constituem os meios de classificar os dados recolhidos (Bogdan & Biklen, 1994). Os dados foram tratados através de uma análise de conteúdo sucessiva e aprofundada, que permitiu identificar indutivamente categorias de análise.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pela leitura e análise transversal e horizontal de todos os questionários, foi possível obter dados de natureza qualitativa e de natureza quantitativa. Neste caso, os *indicadores* aqui destacados, referem-se às principais concepções emergentes nas respostas dadas. Estas foram agrupadas segundo o seu grau de semelhança e proximidade ideativa, correspondendo por isso aos dados qualitativos. A contagem da frequência com que essas categorias ou indicadores surgem, corresponde aos dados de natureza quantitativa. Verificamos que cada participante, regra geral, referiu apenas um indicador, razão pela qual o somatório da frequência dos indicadores corresponde ao número de participantes em cada grupo. Esta situação não acontece quando um participante produziu mais que um tipo de resposta, contudo, dado o carácter excepcional com que isso aconteceu, assumimos que cada participante produziu apenas um tipo de resposta em cada questão, assinalando com asterisco as excepções à regra. Foram destacados os indicadores que obtiveram maior frequência de respostas.

Anúncio 1: Adágio. Verificamos que o iogurte foi um alimento conotado como saudável e, em nosso entender, a estratégia publicitária estruturou-se precisamente no sentido de reforçar essa ideia. Foi criado um enredo no qual a principal personagem, uma jovem mulher, «bonita» e «activa», realiza uma série de escolhas, potencialmente saudáveis e relaxantes, como por exemplo, o começar o dia com um banho de emersão, escolher ir a pé para o trabalho e quando chega ao escritório, toma ao pequeno - almoço um Adágio, proporcionando-lhe assim um momento final de prazer, numa actividade que é encarada por muitos como *stressante* (ir para o trabalho de manhã). Com efeito, o nome dado a este produto é *Adágio Zenai*, associando-o, por esta via, a uma certa atitude mental de tranquilidade, relaxamento, bem-estar e conforto, que podemos designar por atitude *Zen*. O apelo ao cuidado do corpo, da saúde, do bem-estar psíquico e da beleza física, é evidente e de modo geral, foi percepcionado por todos os participantes. No que toca à sexualidade, consideramos que este anúncio possui alguns elementos de cariz explicitamente sexual. Por exemplo, os olhares de sedução, que esta personagem troca no elevador com outro personagem do sexo oposto, também ele jovem e «bonito». Foi curioso verificar que dos 65 entrevistados apenas duas adolescentes fizeram referência explícita a esta pequena *nuance* do enredo, que aparentemente, terá passado despercebido ou não terá sido valorizado, pela maior parte dos participantes, "*Andar faz bem e no elevador há sempre surpresas*" (adolescente feminina). Este movimento de projecção e identificação à personagem principal do enredo, influenciou esta adolescente, que ao longo do questionário reproduz esta ideia de atracção erótica por elementos do sexo oposto, integrando no seu discurso ideias relativas à, atracção sexual e um determinado estereótipo de beleza física. Curiosamente, a valorização da beleza física surge apenas em 6% do total de respostas, sendo a maior percentagem atribuída ao desejo de beber o iogurte (55%) e tranquilidade e bem-estar (20%). Numa perspectiva de Educação Sexual, em nosso entender, este anúncio emite mensagens contraditórias. Por um lado, verificamos que o paradigma do cuidado do corpo, da saúde, do bem-estar psicológico, está associado à adopção de determinados hábitos de vida ou comportamentos, que se originam a partir de uma série de escolhas pessoais. Em nosso entender trata-se de uma mensagem útil e correcta. Por outro lado, a promoção de um certo ideal de beleza física perfeitamente delimitado e de um determinado *status* social, poderá influenciar negativamente as crianças e adolescentes a reproduzir representações idealizadas e irreais acerca do

corpo e da vida. Isso não será certamente positivo para o seu equilíbrio emocional e aceitação de si. Todavia, não é possível afirmar que a visualização deste anúncio produza inequivocamente esse efeito, apesar de termos encontrados alguns indícios no discurso dos participantes que apontam nesse sentido.

Anúncio 2: El Corte Inglês - Neste anúncio, a principal ideia que sobressai de todas as categorias analisadas é sem dúvida a moda, no sentido de mostrar roupa de um determinado estilo ou qualidade. Essa foi a dimensão mais referida pelas crianças, que poucos elementos referentes à sexualidade referiram. Não obstante, este anúncio estava carregado de mensagens sensuais e erotizadas pela exibição repetida de corpos femininos semi - nus, de um determinado estereótipo: jovens, elegantes, «bonitas», movimentando-se em poses sensuais. Para além do individualismo feminino subjacente, observa-se um grupo, também ele constituído por jovens adultos de ambos os sexos, que se mostravam com aspecto saudável, elegantes e divertidos. Os dados sugerem que foram os adolescentes e os adultos quem mais se sensibilizou com este apelo à beleza. Em nosso entender, os indicadores produzidos pela exposição a estas mensagens, revelam uma possível idealização de um determinado «tipo de corpo» e hiper valorização da juventude, promovendo assim uma sexualidade centrada no corpo, remetendo para segundo plano os afectos e valores nas relações entre as pessoas. Note-se que o sentimento "inveja" foi várias vezes referido para descrever algo que se imagina como sendo a impossibilidade de ter aquelas roupas, ter «aqueles corpos», ou estar naquele «lugar especial», cheio de gente «bonita», jovem e feliz. Apesar da maior parte dos participantes não ter descrito correctamente a história cerca de 49% associou-a à moda e 29 % à sensualidade, sendo que destes 29% a grande maioria eram adolescentes e adultos. Concluindo, podemos referir que as roupas de uma determinada marca e de um determinado estilo, foram valorizadas por todos os participantes como algo importante para a sua auto-imagem e bem-estar. Apesar disso, os adolescentes e adultos atribuíram mais importância ao aspecto físico exibido pelos manequins do que propriamente pelas roupas em si. As crianças conseguem identificar o principal objectivo do anúncio como o de influenciar a compra da roupa. Os adultos e adolescentes foram mais sensíveis a outras mensagens, para além da mera compra da roupa, ou seja, deixaram-se envolver por um certo ideal de beleza e sensualidade. Não obstante, alguns participantes indiciaram alguma "irritação" ao classificar toda a história de supérflua, como que não se identificando com estas representações ou poderá traduzir uma forma de negação da real importância que atribui aqueles signos. A seguinte expressão produzida por uma adolescente revela a frustração que sente em não consegui adquirir os produtos publicitados, "*Não concordo, publicita roupas caras, quem não pode comprar fica triste*".

Anúncio 3: Chupa Chups - Numa análise global constatamos que neste anúncio a cena do beijo foi claramente marcante. Com efeito a história passa-se num lugar público, do tipo centro comercial, onde um casal jovem está sentado numa mesa. O rapaz decide provar um chupa de morango ao mesmo tempo que desafia a namorada para tentar descobrir o sabor do chupa que ele provou, através de um beijo. Ela acerta mas ele nega, incentivando-a a beijá-lo novamente o que veio a acontece. Nesta cena são destacados por alguns participantes, o jogo, a descoberta, o desejo e a batota. De um modo geral os participantes neste estudo, destacaram esta dimensão, que foi muito mais evidente nos discursos dos adolescentes e dos adultos não se conseguindo distinguir diferenças entre estes dois grupos. As crianças valorizaram mais a mentira, a batota do namorado, mas mostraram-se muito mais interessadas no chupa enquanto guloseima, ao passo que os adolescentes e adultos atribuíram outras finalidades para este produto, o de servir como brinquedo num jogo de namoro.

Anúncio 4: Armani - Verificamos que as crianças centram-se no produto divulgado, enquanto os adolescentes e os adultos prendem a sua atenção no conjunto de significados

inerentes à publicidade. Ou seja, os adolescentes e os adultos conseguem fazer uma produção do sentido da mensagem transmitida que a maioria das crianças ainda não consegue. As crianças deram respostas do tipo "*é a história de um perfume*". Os adolescentes e adultos apresentam um tipo de resposta do foro sensual. Muitos respondem que é a história de "*uma mulher a seduzir um homem com o seu cheiro*". Em todos os grupos emergem indicadores relacionados com a importância do cheiro e do olhar na sedução e envolvimento entre duas pessoas. Dos indicadores emergentes decorre que com este anúncio os adolescentes e os adultos são levados a pensar no olhar sensual que seduz e provoca desejo entre as pessoas. Nas crianças, o anúncio suscita mais a vontade de comprar o produto publicitado. Os adolescentes e os adultos dão respostas do tipo "*sensualidade do olhar profundo entre duas pessoas*" e as crianças apresentam respostas do tipo "*desejo de ter o perfume*". Daqui podemos deduzir que as crianças não conseguem apreender os signos implícitos na mensagem do anúncio, já os adolescentes e adultos conseguem desmontar esses signos e compreender a significação da mensagem. Para as crianças e os adolescentes este anúncio não lhes ensina nada, sendo muitas respostas apresentadas do tipo "*nada*", podendo concluir-se que a mensagem deste anúncio não contribuiu para qualquer aprendizagem. No caso dos adultos, depreende-se que os significados subjacentes ao anúncio evocam e promovem atitudes relacionadas com a importância na escolha dos produtos para conseguir ter sucesso na sedução e atracção do sexo. Os adultos apresentam respostas do tipo "*é uma boa ideia utilizar o perfume para conquistar a mulher que se pretende*".

Anúncio 5: Mac Donald`s - O indicador que emerge com maior frequência das respostas das crianças é a *comida*. O indicador que emerge com maior frequência das respostas dos adolescentes e adultos é o *fazer escolhas*. Mais uma vez, é possível ver que crianças focam a sua atenção no produto divulgado, a comida, enquanto os adolescentes e os adultos prendem a sua atenção no conjunto de significados latentes a todo o anúncio. Ou seja, os adolescentes e os adultos conseguem compreender o sentido da mensagem denotada que a maioria das crianças ainda não consegue. A maioria das crianças respondeu que o anúncio "*é sobre comida*", a maior parte dos adolescentes e os adultos deram respostas tipo "*é sobre um homem que prefere batatas em vez da mulher*". Para as crianças é importante a alimentação, a comida. Os adolescentes e adultos valorizam mais as escolhas que se podem tomar na vida íntima do quotidiano. Neste caso os significados subjacentes ao anúncio evocam e promovem atitudes e valores. Para as crianças e os adultos este anúncio não lhes ensina nada, sendo muitas respostas apresentadas do tipo "*nada*", ou seja, a mensagem deste anúncio não contribuiu para qualquer aprendizagem. No caso dos adolescentes, são apresentadas respostas do tipo "*aprendi que não se deve ligar à comida quando estamos com a pessoa que gostamos"*. Também aqui, uma vez mais, é possível verificar que os significados subjacentes ao anúncio evocam e promovem atitudes e valores. Para os adolescentes, perante a comida e a pessoa de que gostam, na escolha é valorizada a pessoa.

CONCLUSÃO

Alguns estudos sugerem que um adolescente habituado a ver regularmente televisão recebe uma média anual de 2500 mensagens sobre sexualidade (Popper K & Condry J., 1999). Esses investigadores referem ainda que, em contexto televisivo, as cenas eróticas frequentemente são associadas à violência, ao estereótipo de papéis sexuais e ao fraco desenvolvimento do conceito de risco e responsabilidade no âmbito da sexualidade (Popper K & Condry J., 1999). Nestas circunstâncias podemos questionar sobre o papel da televisão na educação sexual das nossas crianças e jovens, sendo que, na opinião de Popper K & Condry J.(1999) "a televisão é incapaz de as preparar para a sexualidade, isso verifica-se por duas razões: em primeiro lugar, a imagem que dá da sexualidade é geralmente falsa e deformada; em segundo lugar, nada ensina sobre a diversidade de comportamentos

amorosos nem sobre as escolhas de que dispomos" (p.54). A publicidade televisiva revela-se um estímulo visual rico para o telespectador, mas este deverá estar preparado para a sua interpretação. O que é apropriado dos meios de comunicação visual, adquirido ou recebido pelo jovem telespectador é importante para a construção da sua vida presente e futura. A publicidade, como uma porta aberta da vida pública, e por vezes, privada, do mundo dos adultos, importa aos mais novos para novas aprendizagens visuais – ver como é e como se faz (Jeremias, 2005). O estilo de vida contemporâneo exige actualização nos conhecimentos, adaptação nos modos de estar, maior abertura no entendimento do mundo e uma literacia visual. A publicidade televisiva representa a actualização através de anúncios diariamente originais e dita novas tendências (Jeremias, 2005). A publicidade televisiva nem sempre esclarece os consumidores sobre as aprendizagens respeitantes aos produtos, modos de entender ou interagir com o consumo (Jeremias, 2005). No presente estudo, destacou-se a presença de um determinado ideal estereotipado de beleza, centrado *no corpo*, *no jovem* e *no status,* facto observado em todos os anúncios e manifestado por todos os grupos participantes. De um modo geral, a sexualidade foi abordada na perspectiva do *prazer*, explorando pouco a sua dimensão afectiva no sentido intra e interpessoal, ocorrendo uma vinculação de valores redutores do ser (homem e mulher) a um símbolo (objecto) sexual. Podemos resumir as concepções manifestadas pelos grupos participantes neste estudo nas seguintes ideias chave. Crianças: a) respostas centradas no produto publicitado; b) conseguem descrever o enredo e compreendem o objectivo comercial; c) revelaram pouca capacidade em enunciar os signos implícitos. Adolescentes: a) respostas variam entre o produto e os signos; b) revelaram pouca capacidade crítica em relação às propriedades publicitadas. Adultos: a) respostas variam entre o produto e os signos; b) integram os elementos simbólicos nas suas necessidades pessoais.

Este estudo poderá surgir como ponto de partida para a compreensão das causas e consequências da relação entre o jovem e as mensagens de publicidade televisiva respeitantes aos valores da sexualidade. Essa interacção entre o público e a publicidade é relevante ao nível da aquisição de determinados comportamentos, hábitos de vida e valores para os quais é necessário educar. Concordamos com a crítica em relação à exposição não regulada à televisão, particularmente, nas idades mais jovens devido à fraca maturidade das defesas cognitivas. Contudo, acreditamos na importância da educação para a promoção do espírito crítico e responsabilidade nas escolhas. Os pais têm um papel essencial na mediação dos efeitos da publicidade; todavia, a escola poderá também dar um contributo importante. Como professores do ensino básico e secundário, podemos propor actividades diversificadas que fomentem o espírito crítico. Por exemplo, através da criação *online* de fóruns de discussão sobre a televisão e a publicidade, promoção de momentos de análise de conteúdos televisivos, desenvolvimento de trabalhos de projecto tendo em vista o estudo da diversidade de valores numa perspectiva multicultural, utilizando as Técnicas de Informação e Comunicação (TIC) para esse efeito. Neste caso, poderíamos entrar em contacto com escolas de outros países procurando comparar diferentes realidades e perspectivas. Isto porque acreditamos no valor da comunicação e partilha de experiências. Actualmente as tecnologias facilitam esse intercâmbio cultural que em nosso entender, quando utilizado de modo adequado é fomentador do espírito crítico.

No que respeita a este estudo, apontamos como principais limitações o facto deste fenómeno complexo necessitar de uma de maior triangulação de dados. Porém, os instrumentos de recolha de dados facilitaram a concretização das finalidades do projecto, na medida em que ocorreu a sensibilização dos alunos para a necessidade de observar atentamente os anúncios, promovendo uma das competências essenciais explícita nos currículo educativo - o desenvolvimento do espírito crítico. Os investigadores quando seleccionaram os anúncios tiveram oportunidade de refazer as suas próprias concepções. Poderemos fazer um ponto referente às questões em aberto, indicando como possível

estudo futuro as concepções do sexo masculino e feminino relativamente aos anúncios. Sentimos dificuldade na codificação da mensagem original em indicadores, por causa da elevada subjectividade inerente às respostas e às nossas interpretações. O escasso tempo e recursos que possuíamos limitaram o aprofundamento da nossa pesquisa. O envolvimento dos alunos e o recurso à criação de condições onde cada um desenvolva competências de auto – avaliação são características cruciais no processo de gestão do projecto. Assim, a realização de um debate após o momento de visualização dos anúncios e preenchimento do questionário permitiu aos alunos averiguarem e argumentarem os seus pontos de vista e reformular as suas concepções. No futuro, consideramos pertinente caracterizar este fenómeno em função do género, por nos termos apercebido de algumas diferenças nas respostas dadas. Seria também interessante verificar se determinados contextos sociais, por exemplo, urbano e rural, influenciam a atitude face à publicidade televisiva.

Neste trabalho, interessou-nos reflectir sobre a influência dos conteúdos televisivos no processo de Educação Sexual das crianças e adolescentes, por tratar-se de um meio de comunicação extremamente massificado Como objectivos específicos propusemos: a) observar as concepções emergentes após a visualização de um conjunto de anúncios, em crianças, adolescentes e adultos; b) interpretar esses dados, à luz do quadro de referência proposto, tentando descortinar possíveis valores no âmbito da sexualidade emitidos por esses anúncios. Face ao exposto neste texto, consideramos ter conseguido concretizar estes objectivos, apesar das limitações evidenciadas. Não obstante, com a realização deste trabalho, adquirimos uma maior consciencialização em relação a esta problemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. Livros

Barthes, R. (1987). *A aventura semiológica*. Lisboa: Edições 70.

Berger, J. (1982). *Modos de ver*. Lisboa: Edições 70.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Fernandes, A. (2003) A criança e a televisão. *Acta Pediatr Port (34;101-4)*

Jeremias S. (2005). *Educação do Jovem Consumidor e o Seu Olhar – A Recepção da Imagem na Publicidade Televisiva*. Tese de mestrado do Departamento de Educação da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Lisboa.

Joly (2007). *Introdução à análise da imagem*. Lisboa: Edições 70.

Melo, S. (S/d). *Paradigmas de Corporeidade e Formação de Educadores.* Ministério da Educação. (2001). *Currículo Essencial do Ensino Básico – Competências Essenciais*. Lisboa, DEB.

Gunter, B.& Furnham, A., (1998). *As crianças como consumidoras: uma análise psicológica do mercado juvenil*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos.

Ludke, M. & André, M. (1978) *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA.

Ministério da Educação. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar*. Lisboa, DEB.

Mota-Ribeiro, S. (2002). Corpos eróticos: imagens da mulher na publicidade da imprensa feminina portuguesa. *Cadernos do Noroeste*, Número temático "Olhares sobre mulheres", 17 (1-2), pp. 145-164

Nápoles, A. (2002). *A Escola e a Educação Sexual. Uma Aposta da Formação de Professores*. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa.

II. Decretos - Lei

Ministério da Educação (2001). Decreto-Lei N.º 6/2001 de 18 de Janeiro, *Diário da República*, I Série A, N.º 15, 258-265.

III. Base de Dados Informáticos

[1] *in* www.netprof.pt Retirado a

[1] *American Academy of Pediatrics* www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/3/e280 http://www.fep.up.pt/docentes/cbrito/Gest%C3%A30%20Emocional%20da%20Marca%20-%200%20caso%Salsa.pdf Retirado a Maio, 20, 2007

O QUE SE DIZ SOBRE VIH/SIDA E SUAS REPERCUSSÕES NA PRÁTICA PREVENTIVA DOS JOVENS[1]

Aliete Cunha-Oliveira[2], José Cunha-Oliveira[3], João Rui Pita[4] & Salvador Massano Cardoso[5]

Resumo

Este estudo pretende identificar factores determinantes do não uso do preservativo e perspectivar novas formas de conceber e comunicar mensagens preventivas na área da sexualidade.A amostra foi constituída por 696 alunos da Universidade de Coimbra (18 a 24 anos). Trata-se um estudo epidemiológico, transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa e qualitativa. De entre os determinantes do não uso do preservativo destacam-se: *o preservativo em si mesmo*, *o acesso difícil e a aquisição embaraçosa* (59,3%). Os estudantes sugeriram como conteúdo de mensagens: *mensagens–choque* (40,7%), *novas campanhas informativas* (24,0%), *mensagens fashion pró-preservativo* (17,8%).

Palavras-chave

Sida; prevenção primária; campanhas sanitárias.

INTRODUÇÃO

O que comunicar e como comunicar

Um programa de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis em geral e da *sida* em particular requer um esforço de comunicação. A mensagem necessita de chegar e ser compreendida e integrada pelas pessoas a quem se destina. Mas, até ao momento, não se conseguiu ainda atingir esse objectivo. As campanhas junto da comunicação social e da publicidade deram a conhecer, junto da população em geral e dos jovens em especial, a existência de um problema sanitário grave a que é necessário dar resposta. Mas não parece que tenham convencido ou motivado os jovens. Mesmo o aumento do uso do preservativo, que se vem verificando nos últimos anos, está claramente aquém do que seria de desejar num problema desta dimensão.

De certo modo, a *sida* veio ensombrar as conquistas da Revolução Sexual dos anos 60 e 70 do século passado. Detectada pela primeira vez em 1981, rapidamente foi associada às relações sexuais, primeiro conotada com a homossexualidade mas depressa atingindo também a população heterossexual. As religiões institucionais viram com indisfarçáveis bons olhos o surgimento do fantasma do castigo divino. E os movimentos *gays* e lésbicos, em desenvolvimento na época, sentiram profundamente o desconforto de uma doença que parecia pôr em causa os seus princípios.

Entretanto, o vírus tinha transposto as fronteiras dos *grupos de risco* iniciais

1. Este artigo basea-se nos dados apresentados por A.Cunha-Oliveira na tese de Mestrado em Saúde Pública (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra) intitulada: *O Uso e o Não Uso do Preservativo numa População Jovem: contributo para a compreensão dos factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/sida*, Coimbra, 2007. Integra-se na linha de investigação: "Ciências tecnologias e práticas de saúde" do Grupo de História e Sociologia da Ciência do CEIS20-FCT.

2. Centro de Saúde de Celas-Coimbra e CEIS20, Universidade de Coimbra. **aliete.cunha@gmail.com**
3. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra. **josecunhaol@gmail.com**
4. Fac. Farmácia e CEIS20, Universidade de Coimbra. **jrpita@ci.uc.pt**
5. Fac. Medicina, Universidade de Coimbra. **massanocardoso@hotmail.com**

(praticantes de sexo comercial, homossexuais, hemofílicos e consumidores de drogas injectadas), transformando-se numa ameaça transversal e global.

A descoberta e aplicação à prática médica dos medicamentos anti-retrovíricos veio alterar a imagem ameaçadora e imediatamente mortal da doença. E se as pessoas usaram de alguma contenção e de medidas de protecção na fase em que a doença era aguda, rápida e *visivelmente* mortal, cedo se deixaram iludir por um optimismo injustificado. A perspectiva e os anúncios da iminência de uma vacina anti-VIH vieram aumentar ainda mais esse injustificado optimismo.

A existência de um *período-janela* entre o momento da infecção e a seropositividade, e o alongamento do tempo entre a seropositividade e a instalação da *sida*, fazem com que pessoas infectadas transmitam a doença sem que elas próprias ou os seus parceiro(a)s sexuais se apercebam disso. A *sida* perdeu a sua visibilidade e o poder imediatamente ameaçador, sem ter deixado de ser um gravíssimo problema de Saúde Pública, responsável pela perda de um número cada vez maior de vidas. Tornou-se uma doença insidiosa, invisível, de evolução mais lenta. O ganho obtido em sobrevida criou uma nova realidade. Grupos de opinião e de pressão na área da sexualidade começaram a preocupar-se com a qualidade de vida das pessoas infectadas, com o seu direito à sexualidade, com o peso dos *mitos* e fantasmas criados nos primeiros tempos da *sida*, e procuraram erradicar o perigo da marginalização e da exclusão dos seropositivos.

Passou a haver, por assim dizer, duas mensagens: uma, que proclama a necessidade da prática de sexo seguro; outra, que explica que a *sida* não se transmite de determinadas maneiras e que, inclusive, se for praticado sexo seguro de uma forma sistemática, o vírus não se transmite.

Outro factor de inconsistência e ambiguidade nas mensagens preventivas da *sida* reside em que o núcleo central do problema do VIH e da *sida* já não está tanto na ideia de morte – que se encontra, de certo modo, *protelada* pelos tratamentos anti-retrovíricos – mas na facilidade de disseminação do vírus, na sua morbilidade, no desconforto do tratamento, na perda de vitalidade e de produtividade, enfim, na presença de uma doença que não deixa de grave pelo facto de ser *crónica*.

As estratégias do medo

De acordo com Amaro e Cunha-Teles (2006, p. 100), "o medo sempre foi utilizado como estratégia dissuasória do comportamento. Esta variável tem sido incorporada em modelos de motivação para a protecção. No domínio da prevenção das doenças acreditava-se que o indivíduo não se envolveria em certos comportamentos de risco se a situação fosse suficientemente assustadora. E pode haver algo mais assustador que a morte?".

Orquídea Lopes (Lopes, op. cit., p. 238), ao analisar *spots* publicitários sobre *sida*, concluiu que "as campanhas que provocaram indução cognitiva informam sobre as vias de transmissão incorrectas do vírus, apelam para a importância de estar informado, promovem a saúde como um valor de responsabilidade social (…), usam como estratégia o medo e recorrem a uma linguagem inovadora e apelativa", e que "as mensagens que se destinavam a informar sobre a sexualidade como uma via de transmissão, para o uso do preservativo como medida preventiva, e que usam factos da vida real como estratégia, não provocaram impacto reflexivo". Concluiu também (ibidem, p.248) que "os *spots* que usaram como estratégia persuasiva o medo provocaram maior impacto cognitivo".

Ao analisar as imagens fotográficas publicadas pela imprensa escrita sobre pessoas seropositivas, Cristina Ponte (Ponte, 2004, p. 87) refere que "a foto-choque possui uma força própria, que pode chocar os leitores ao ponto de estes recusarem um conhecimento mais alargado sobre o tema focado, ou então permitir-lhes tomar consciência de uma realidade monstruosa". Mas Amaro e Cunha-Teles (op. cit., pág. 100) contrapõem: "as

primeiras campanhas da Sida continham muitas mensagens destinadas a provocar o medo e assim evitar a propagação da infecção. A estratégia mostrou-se errada por dois tipos de razões. Em primeiro lugar, porque a pessoa tende a evitar os estímulos negativos que lhe causem desconforto psicológico, e não capta a mensagem. Em segundo lugar, as mensagens de medo aumentam o nível de ansiedade do indivíduo e pode levar a mecanismos de negação da doença ou de estigmatização dos indivíduos por ela já atingidos".

No entanto, nos *spots* estudados por Orquídea Lopes, a autora refere que esses *spots* não forneciam informações que permitissem ter consciência da personalização do risco; não mostravam os obstáculos à mudança de comportamento (como o uso de álcool e drogas, que faz esquecer a informação); não dão informação sobre a doença e sobre os comportamentos desejáveis; não combatem ideias erradas sobre a doença (a de que os seropositivos se conhecem pelo aspecto, por exemplo); não fornecem modelos vicários (*role playing*) que permitam aprender por observação (como negociar o uso do preservativo entre dois parceiros sexuais; serem as raparigas a facultar o preservativo). As mensagens examinadas destacavam as consequências a esperar quando não se usa preservativo (por exemplo, ficar infectado e morrer), mas não forneciam modelos vicários que reforçassem as vantagens de ter comportamentos saudáveis (isto é, os benefícios físicos, mentais e sociais, tais como o bem estar e a aprovação) (ibidem, p.245). A autora conclui ainda que as investigações aconselham a que as mensagens a dirigir aos pré-adolescentes e adolescentes, em vez da prevenção, proibição e obrigatoriedade, devam enfatizar a moderação e a intervenção e acentuar e reforçar a positividade dos comportamentos (ibidem, p. 184).

Massano Cardoso (op. cit., p. 442) diz-nos que "os seres humanos são geralmente motivados pelos benefícios visíveis, frequentes e precoces. Os benefícios na saúde raramente preenchem estes requisitos. Como grande parte da patologia humana assenta em fenómenos sociais e psicológicos, não é difícil descortinar o crescente desenvolvimento de actividades pseudo-religiosas e pseudo-médicas que ofereçam curas certas e imediatas". Isto também é verdade para a *sida*. E apresentando o exemplo das campanhas anti-tabágicas, adverte: "Quanto aos avisos de perigo nas embalagens de tabaco, podemos afirmar que além de qualquer efeito positivo, poderão ter efeitos paradoxais. Como se demonstra com a ideia de um fabricante de cigarros, cuja marca passou a ser designada por *Death*, utilizando como imagem de marca uma caveira com duas tíbias. Atingiu vendas muito significativas entre os adolescentes". Este facto chama-nos a atenção para a necessidade de não exacerbar o gosto pelo risco e pelas sensações radicais nesta faixa etária. E para a facilidade com que, nestas idades, as mensagens têm efeitos paradoxais. Elas não deverão fazer apelo a sensações, emoções ou sentimentos que sejam contraditórios com a essência do seu conteúdo intencional.

As mensagens indutoras

Para Amaro e Cunha-Teles (op. cit., p. 91), "é fundamental que não se acabe por promover comportamentos que representem eles próprios situações de risco, em termos de infecção pelo VIH, com o pretexto de promover o uso do preservativo. Designadamente as mensagens de conteúdo erótico, defendidas por certos educadores mais radicais, no sentido de as tornar mais apelativas e delas fazerem um acto de resistência cultural ao avanço dos mais conservadores, podem funcionar como mensagens paradoxais. Nelas se apresentam "duas ideias opostas com valor equivalente, criando no destinatário a dúvida, mesmo inconsciente, do caminho a seguir. Nestes casos, a interpretação adoptada pelo destinatário destina-se mais a confirmar pontos de vista já interiorizados do que a adoptar novos caminhos" (ibidem).

Numa entrevista à Revista *InformaçãoSIDA*, em 2002, Louise Cunha-Teles acrescenta: "Penso que se tem feito uma divulgação que, a meu ver, ao querer contrariar determinados

comportamentos, se faz a sua apologia. Lembro-me de um cartaz que dizia qualquer coisa do género '*se vais para férias diverte-te, mas não te esqueças do preservativo'*. É claro que o conselho é bom, mas a questão é que acaba por se fazer a apologia da promiscuidade das relações sexuais, que é, exactamente, aquilo que deve ser combatido. Não partilho da ideia de uma educação moralista, mas penso que se têm cometido alguns excessos na forma como a informação tem sido passada para os jovens. Em vez de se contrariar a epidemia, tem-se feito a apologia dos comportamentos irresponsáveis, o que não pode dar bom resultado" (InformaçãoSIDA, 2002, p. 7).

Um outro exemplo de mensagens indutoras são as que foram promovidas na campanha *Classificados*, da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, durante a Expo 98, em Lisboa. Nas páginas dos jornais reservadas aos anúncios classificados, incentivava-se o uso de preservativos por parte dos clientes de prostitutas, com frases como: "se veio visitar a Expo 69 [6] use preservativo"; "preservativo aceite nas melhores casas de passe portuguesas"; "preservativo, consumo mínimo obrigatório nos mais afamados *bares de alterne*" (Amaro e Cunha-Teles, op. cit., p. 87). Um outro inconveniente grave desta campanha foi o de *colar* o preservativo à prostituição, acentuando os preconceitos que já existem em relação ao seu uso.

A pressão das ideologias

As campanhas de prevenção do VIH, pela natureza da transmissão do vírus e pela potencial ameaça às liberdades sexuais, têm tomado um carácter visivelmente ideológico. "A voz e a opinião dos cientistas, dos técnicos publicitários, dos investigadores de mercado, dos directores de meios de comunicação e dos técnicos de comunicação são muitas vezes rejeitadas, em prol dos princípios ideológicos e políticos. Tais pressões levam a que muitas campanhas sejam esvaziadas e esboroadas de conteúdo e objectivos, acabando por não serem emitidas ou divulgadas" (Lopes, 2006, p. 114). Como diz Orquídea Lopes (Lopes, 2006, p. 17 e 18), "planificar uma campanha de prevenção da SIDA é dos processos mais complexos. Há obstáculos à construção da mensagem de prevenção da Sida. É preciso que as mensagens respeitem os diversos públicos e as suas sensibilidades, os liberais e os conservadores; os infectados e os não infectados; os homossexuais e os heterossexuais; os brancos e os de cor; os pobres e os ricos; as vítimas inocentes e as vítimas culpadas; o homem/mulher fiel e o homem/mulher infiel". Assim, a mensagem que é necessário transmitir nas campanhas de prevenção do VIH/*sida*, sendo susceptível de ferir sensibilidades e valores culturais, deixa de ser estritamente matéria da Saúde e da Educação para tomar contornos ideológicos e políticos, levando à "difusão de informações contraditórias, confusas e incompreensíveis" (ibidem, p. 114).

As ideologias ainda não ultrapassaram o choque provocado pelo emergir da doença, parecendo mais preocupadas em sobreviver elas mesmas do que em contribuir para a resolução do problema. Esta é uma das questões que mais tem contribuído para a ineficácia da luta contra a *sida* no nosso país, fracasso reconhecido no Preâmbulo do Despacho n.º 19 871/2005, do Ministro da Saúde, que visa enfrentar "o insucesso das aproximações que se delinearam para combater a epidemia VIH/sida em Portugal".

De um lado, conservadores e puritanos põem o acento tónico na abstinência, na monogamia e na fidelidade; do outro lado, um grupo heterogéneo de liberais põe a tónica na defesa da liberdade sexual e do direito de escolha ou preferência sexual. Os reflexos de uma ou outra posição ressaltam mais nas campanhas sanitárias do que a mensagem preventiva propriamente dita. Quando a primeira tónica prevalece, as mensagens tendem a negligenciar a prática das medidas de segurança sanitária; quando prevalece a segunda, as mensagens tendem a ressaltar a legitimidade das escolhas sobre o seu risco implícito,

6. *sic*.

hipervalorizando o mero uso do preservativo. Um ponto intermédio entre estes dois extremos é o conceito de *sexo seguro*, que se traduz no princípio da monogamia, ou na diminuição do número de parceiros, no sexo sem penetração e no uso do preservativo. No entanto, as mensagens elaboradas segundo esta base intermédia acabam por ser contraditórias, induzindo práticas sexuais de risco idêntico à penetração ou então, práticas de penetração não vaginal, de alto risco. Além disso, essas campanhas acabam por ter um efeito contraditório: a maior parte dos jovens sabe que o uso do preservativo é um dos métodos mais seguros, mas têm um comportamento contraditório: não o usam. Isto deve-se a que confiam no parceiro ou parceira sexual, receiam que o uso do preservativo interfira com a espontaneidade da relação ou, então, receiam que, sugerindo o uso do preservativo, dêem ao parceiro ou parceira a impressão de que se encontram infectados. Ou seja, as mensagens levam a que os jovens pensem que só devem proteger-se se enveredarem pelo que entendem por *comportamentos de risco* ou se suspeitarem de que o seu parceiro ou parceira está infectado(a). E como confiam nos seus parceiros, ou simplesmente não desconfiam, não usam o preservativo ou deixam de o usar a partir do momento em que a sua relação adquire estabilidade. Por outro lado, muitos dos comportamentos e *atmosferas* de risco têm por consequência a impossibilidade prática de usar o preservativo. Isto é, a aposta apenas no uso do preservativo tem por consequência que ele não seja utilizado nas ocasiões e comportamentos em que mais seria necessário usá-lo.

A infecção silenciosa

Talvez o maior dos problemas da mensagem sanitária consista em mostrar às pessoas em geral, e aos jovens em particular, que o perigo de transmissão ou contágio do VIH não está tanto nos doentes com *sida*, fáceis de reconhecer como doentes, mas, sobretudo, nas pessoas que parecem gozar de perfeita saúde mas que são seropositivas. De facto, uma boa parte dos nossos jovens confunde a seropositividade para o VIH com a doença *sida* e, por outro lado, parece acreditar que à seropositividade se segue de imediato uma acentuada degradação física (*aspecto de muito doente*). A este facto não é estranho o comportamento dos *media*, que favorecem essa confusão. Não só todas as campanhas falam da *sida* e não do VIH, isto é, acentuam os efeitos e não as suas causas (Lopes, op. cit., p.115), como "as imagens que aparecem frequentemente como ilustração possuem uma forte carga dramática e muitas mostram o seropositivo como um indivíduo doente e em sofrimento, espacialmente inserido em ambientes de hospital e ostracizado pela sociedade" (Ponte, 2004, p. 84). Tudo isto contribui para reforçar o cliché do portador de VIH como um doente com aspecto terminal, construindo um sentido da *sida* como um problema dos outros (ibidem, p. 30).

Porém, até chegar à fase de *sida*-doença, o portador de VIH é um transmissor silencioso do vírus, com um aspecto perfeitamente saudável. E seria para estes transmissores silenciosos, e aparentemente inofensivos, que as campanhas sanitárias deveriam assestar as suas baterias, alertando os adolescentes e jovens para o facto de o perigo não se ver. Além disso, ainda perdura o cliché do contágio por pessoas ligadas a actividades específicas ou grupos marginais (tais como a prostituição, as prisões, a toxicodependência) e de imagens de instrumental associado à ideia de contaminação (por exemplo, bisturis e seringas, consultórios de dentistas).

Mas têm também surgido mensagens de conteúdo demasiado optimista e mesmo irrealista, para não dizer de negação da infecção e da doença, que apresentam pessoas que se dizem seropositivas e em tratamento e que *respiram saúde e energia*, como se nada de anormal se passasse com elas. Estas mensagens induzem a falsa noção de que a seropositividade e a *sida* são hoje realidades banais e controladas, que se situam a um nível inferior relativamente a outras prioridades mais prementes, impedindo a necessária percepção de um problema sanitário de envergadura mundial.

CAMISA, CAMISINHA, CONDOM, PRESERVATIVO E PROFILÁCTICO

Em Portugal o termo *preservativo*, um galicismo, entrou na linguagem corrente nos anos 70 do século passado, no contexto da reformulação dos Serviços de Saúde e da entrada em cena da Medicina Preventiva e do Planeamento Familiar. Até então, o termo corrente que o designava era *camisa de Vénus*, *camisa* ou *camisinha*. Estas designações tinham um de dois contextos: a prevenção de IST nas relações sexuais com prostitutas e a prevenção de uma gravidez inoportuna em relacionamentos ocasionais. A palavra *preservativo*, associada a uma conotação *científica*, erudita, viria ocupar um novo contexto no seio de uma nova moral. O novo contexto era a liberdade sexual e a nova moral o pensamento higienista e médico.

A escolha da palavra para designar o objecto não é indiferente. Um termo erudito e *científico* não se adapta a situações de intimidade, afectividade e prazer. A palavra *preservativo* induz a ideia de intrusão e falta de espontaneidade. Não será por acaso que os brasileiros utilizam o termo *preservativo* nas comunicações e trabalhos técnicos e científicos, mas privilegiam a designação *camisinha* para veicular as mensagens preventivas.

Em Portugal tem-se usado e abusado da designação erudita e técnica. Há até quem utilize a designação *profiláctico*, cuja conotação sanitária é ainda mais evidente. Mas há excepções. No ano de 2000, a CNLS promoveu um *spot* televisivo que utilizava o termo *camisinha*: "usa sempre camisinha, não ponhas em risco a tua vida e dos outros" (Lopes, 2006, p. 281). A experiência, contudo, foi passageira e o termo erudito, *preservativo*, tem-se mantido na linguagem das campanhas.

Metodologia

Este é um estudo transversal, exploratório, descritivo-correlacional e a metodologia é de natureza qualitativa.

O questionário utilizado compõe-se de questões abertas sobre as razões e motivos do uso e do não uso do preservativo e o juízo sobre a pertinência e a eficácia das campanhas de prevenção que têm sido feitas sobre a problemática do VIH/*sida*. Para o tratamento da informação obtida por meio das perguntas abertas efectuou-se a análise do respectivo conteúdo. Procedemos à análise de conteúdo clássica, utilizando um painel de três juízes[7] que obteve a concordância suficiente para assegurar a consistência interna da análise[8].

Objectivos

- Avaliar o impacto das campanhas de prevenção do VIH/*sida* na consciência sanitária dos jovens universitários e identificar as formas e conteúdos de campanhas de prevenção do VIH/sida que mais se identifiquem com as características etárias, intelectuais e emocionais dos estudantes universitários.
- Recolher a opinião dos jovens universitários sobre as campanhas de prevenção do VIH/*sida* e aportar novos elementos que se revelem pertinentes para a formulação de campanhas preventivas mais eficazes.

População alvo e amostra de estudo

A amostra do estudo foi constituída por 696 jovens universitários com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos, que à data da recolha frequentavam os primeiros e últimos anos das oito Faculdades da Universidade de Coimbra

7. O painel foi constituído pelos professores universitários Anabela de Sousa Pereira (Psicologia) e João Rui Pita (Farmácia) e pelo médico Mestre José Cunha-Oliveira (Medicina).
8. Segundo Krippendorf (1980), a concordância suficiente para assegurar a consistência interna das análises é de 90%.

Optámos pelo método de amostragem não probabilística de natureza acidental. Os questionários foram preenchidos nas salas de aula, imediatamente antes do início ou pouco tempo antes do termo das aulas respectivas.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

O estudo abrangeu uma população universitária das oito Faculdades da Universidade de Coimbra, sobretudo dos dois primeiros e dos dois últimos anos dos respectivos cursos. O universo dos alunos da Universidade de Coimbra, matriculados em Outubro de 2006, era de 18 228 [9]. Destes, abrangemos no nosso estudo 696 estudantes das 8 Faculdades, dos 18 aos 24 anos de idade, representando esta amostra 3,98 % do referido universo. Dos 696 estudantes inquiridos, 73% eram do sexo feminino e 27% do sexo masculino. Esta assimetria de género é comum neste tipo de estudos, reproduzindo o claro predomínio do sexo feminino entre a população universitária portuguesa.

Os estudantes da amostra tinham uma média de idades de 20,61 anos, e na sua maior parte eram provenientes dos estratos sócio-económicos médio e médio-baixo.

Práticas e comportamentos sexuais

Encontrámos uma percentagem de 22,1% de estudantes que nunca tinham tido relações sexuais de qualquer tipo (vaginais, orais e ou anais). Verificámos que a média de idade às primeiras relações sexuais foi de 17,34 anos, tendo os estudantes do sexo masculino iniciado a sua vida sexual um pouco mais cedo (M=16,84 anos) que as colegas (M=17,55 anos). De notar que 14,6% dos estudantes da amostra tiveram as suas primeiras relações sexuais aos 15 anos ou menos (22,8% dos rapazes e 11,2% das raparigas). 2,2% dos estudantes inquiridos referiram ter tido experiências de sexo em grupo ou com mais que um parceiro, também com predomínio dos estudantes do sexo masculino. A prática sexual mais frequente entre os estudantes da amostra refere-se a relações sexuais genitais e orais (42,8%), seguida de relações genitais (32,3%) e de relações genitais, orais e anais (22,1%).

Relativamente ao uso do preservativo, 52,6% referiram usar sempre preservativo, 24,3% usaram-no no início da vida sexual mas ultimamente não, 12,4% nunca o usaram e 3,7% referiram usá-lo mais ultimamente. Na primeira relação sexual 70,4% dos inquiridos usou o preservativo como método preventivo (92,4% dos rapazes e 62,1% das raparigas) e 22,9% usaram a pílula e o preservativo. Nos últimos três meses [10] 50,0% referiram ter usado sempre o preservativo, 31,1% nunca o usaram, 10,2% usaram às vezes e 5,6% usaram-no quando não conheciam bem o parceiro. Quanto ao último encontro sexual [11], os nossos resultados revelaram que 60,4% dos inquiridos usaram preservativo e 39,6% não usaram. 99,1% dos estudantes revelaram ter uma percepção de risco pessoal para o VIH, muito baixa ou nula.

Os estudantes universitários da nossa amostra caracterizam o sexo como uma experiência afectiva e de prazer (75,6%) ou como uma experiência afectiva (21,2%).

9. Consulta: http://www.uc.pt/siteuc/ucn061.pdf, acedido em 13.06.2007.
10. Segundo Catania *et al*. (1990), citados por Alvarez, M. J. (2005, p. 373), "há fortes indicações de que os relatos se tornam menos exactos quando a retrospectiva solicitada é muito superior a dois meses".
11. As *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance – 2000* da ONUSIDA contemplam a última relação sexual como um indicador epidemiológico do comportamento sexual dos jovens.

Causas da não adesão às campanhas de prevenção do VIH/sida

Tabela 1. Dados relativos à questão causas da não adesão às campanhas de prevenção do VIH

Dimensão de análise	Categorias de resposta	Sub-categorias	Exemplos	Frequência	Percentagens*
Causas da não adesão às campanhas de prevenção do VIH N=652	Inconsciência e irresponsabilidade		1	407	62,4%
	Sentimento de invulnerabilidade		2	195	30,0%
	Preconceito contra o preservativo		3	127	19,5%
	Défice de informação n=77 (12%)	Informação insuficiente	4	45	7,1%
		Ouvem, vêem mas não ligam	5	32	4,9%
	Confiança no parceiro		6	66	10,1%
	Relações ocasionais		7	36	5,5%
	Preço elevado do preservativo		8	32	4,9%
	Outros		9	57	8,7%

**o total ultrapassa 100% uma vez que foi aceite mais do que uma categoria como resposta*

Responderam a esta questão 652 estudantes universitários (93,4% do total da amostra). Verifica-se que 62,4% apontaram como causa principal a *inconsciência e irresponsabilidade* e 30,0% o *sentimento de invulnerabilidade*, característicos dos jovens, 19,5% a presença de p*reconceito contra o preservativo*, 10,1% a *confiança no parceiro*, 5,5% apontaram a *ocasionalidade dos encontros sexuais*. Curiosamente, apenas 12% apontaram como factor determinante o *défice de informação*; e, mais importante, só 4,9% responsabilizaram o *preço elevado dos preservativos* como explicação para a não adesão às campanhas de prevenção.

Razões para não usar preservativo

Tabela 2. Dados relativos à questão razões para o não uso do preservativo

Dimensão de análise	Categorias de resposta	Sub-categorias	Exemplos	Frequência	Percentagens*
Razões para o não uso do preservativo N=634	O problema é o preservativo n= 376 59,3%	Desconforto físico e psíquico do uso do preservativo	10	286	45,1%
		Acesso difícil e aquisição embaraçosa	11, 12	90	14,2%
	Impulsividade		13	185	29,2%
	Relação primária ou estável		14	178	28,1%
	Preço elevado dos preservativos		15	87	13,7%
	Estar a fazer contracepção hormonal oral		16	60	9,5%
	Efeito de substâncias psico-activas		17	52	8,2%
	Não se percebe por que não fazem		18	35	5,5%
	Outros		19	46	7,3%

** o total ultrapassa 100% uma vez que foi aceite mais do que uma categoria como resposta*

Responderam a esta questão 634 estudantes universitários (91,1% do total da amostra). Verifica-se que **59,3%** apontaram o preservativo como um problema em si mesmo. A categoria *o problema é o preservativo* é constituída por duas sub-categorias: a primeira, apontada por 45,1% dos que responderam, refere-se ao *desconforto físico e psíquico* que o uso do preservativo acarreta; a segunda, apontada por 14,2% dos que responderam, refere-se à *dificuldade do acesso ao preservativo* ou ao *embaraço* que a sua aquisição pode implicar. 29,2% dos que responderam atribuíram à *impulsividade* própria dos jovens a causa principal do não uso do preservativo e 28,1% apontaram a *estabilidade da relação* como sendo a principal razão. De notar que 9,5% dos estudantes universitários que responderam atribuiram o não uso do preservativo à prática da *contracepção hormonal oral*.

Ao contrário do que seria de esperar, só 13,75% dos estudantes universitários que responderam responsabiliza o *preço dos preservativos* pela sua não utilização.

Sugestões para as campanhas de prevenção

Tabela 4. Dados relativos à questão sugestão de conteúdos para campanhas de prevenção do VIH/sida

Dimensão de análise	Categorias de resposta	Exemplos	Frequência	Percentagens*
Sugestão de conteúdos das campanhas de prevenção VIH/sida N=551	Mensagem-choque	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	224	40,7%
	Campanhas informativas	29	132	24,0%
	Propostas de slogans	30	108	19,6%
	Mensagens fashion pró-preservativo	31	98	17,8%
	Manter as mesmas		78	14,2%
	Não sabe		19	3,4%

** o total ultrapassa 100% uma vez que foi aceite mais do que uma categoria como resposta*

Responderam 551 estudantes universitários (79,17% do total da amostra)). Dos que responderam, 40,7% optam pela neces*sida*de de *mensagens chocantes, fortes, com testemunhos reais*; 24% preferem *mensagens mais esclarecedoras e apelativas, que digam a verdade*; 19,6% fizeram propostas concretas de slogans de campanha; 17,8% propõe *mensagens que coloquem o preservativo on fashion*, ou seja, que se faça o marketing social do uso do preservativo. 14,2% acham que as campanhas de prevenção *estão bem como estão*, que não há nada a mudar.

DISCUSSÃO

Razões para não usar preservativo

Quanto às *razões para o não uso do preservativo*, 59,3% dos que responderam apontaram o preservativo como um problema em si mesmo, sendo a principal componente desse problema (para 45,1% dos que responderam) o *desconforto físico e psíquic*o que o uso do preservativo acarreta; a segunda razão, apontada por 14,2% dos que responderam, refere-se à *dificuldade do acesso* ao preservativo ou ao *embaraço* que a sua aquisição pode comportar. 29,2% dos que responderam atribuíram à *impulsividade* própria dos jovens a causa principal do não uso do preservativo e 28,1% apontaram a estabilidade da relação como sendo a principal razão. De notar que 9,5% dos estudantes universitários que responderam atribuiram o não uso do preservativo à prática da *contracepção hormonal oral*, parecendo confirmar a impressão de que uma faixa, ainda que pequena, de universitários estabelece confusão conceptual entre contracepção oral e prevenção de

IST e SIDA ou, então, simplesmente, prioriza a prevenção da gravidez.

E, mais uma vez, só uma faixa minoritária (13,75%) dos estudantes universitários que responderam responsabiliza o preço dos preservativos pela sua não utilização. E mesmo estes parecem ignorar que os preservativos são distribuídos gratuitamente nos serviços de saúde. Ou, se o sabem, não procuram. Frasquillho (1998) constatou que os jovens conotam a sexualidade com um problema e não com uma área própria para criação de saúde. E num inquérito nacional recentemente realizado aos profissionais de saúde dos centros de saúde e hospitais, a DGS encontrou as seguintes frequências de respostas para a identificação dos obstáculos à prestação de cuidados aos jovens: medo da quebra de confidencialidade (62,0%), desconhecimento do tipo de oferta dos serviços (59,0%), pouca disponibilidade de tempo dos profissionais (44,0%) e desinteresse dos jovens (40,0%) (Prazeres *et al.*, 2004, p. 24).

No estudo de Levi *et al*. (1996) os adolescentes inquiridos tinham responsabilizado a diminuição da sensibilidade e do prazer pelo não uso do preservativo. No estudo de Widdice *et al*. (2006) os estudantes do ensino secundário inquiridos apontaram como benefícios previsíveis de não se usar preservativo o ganho em divertimento e em prazer. Tendo em conta que este estudo se centrou em estudantes sexualmente inexperientes, poderemos pensar que estes jovens já partem para a vida sexual com essa forma de preconceito contra o uso do preservativo.

Taquette *et al*. (2004, p. 213) referem que os jovens sabem, de um modo geral, que o preservativo evita doenças e gravidez e, mesmo assim, não o usam, principalmente por três ordens de razões: o esquecimento, o preço e o desprazer que provoca.

O estudo de Sanches (1999), também se debruçou sobre as razões para o não uso do preservativo. Entre as razões que as estudantes apontaram para o não uso do preservativo destacam-se: 24,3% justificaram o não uso pelo conhecimento que tinham do parceiro; 14,5% pela confiança e fidelidade; 14,5% porque só usam quando necessitam de prevenir a gravidez; 12,1% só usam em relacionamentos ocasionais; 10,2% por restrições impostas pelo parceiro; 9,4% devido a certas características pessoais; 8,3% pelo uso de contraceptivos orais; 8,1% por não terem o hábito de o adquirir; 4,4% porque corta o clima.

No estudo de Amaro (2004), numa amostra que abrangeu a faixa etária dos 15 aos 69 anos, as razões para o não uso do preservativo distribuíram-se como segue: 34,1% não havia necessidade; 19,5% não o tinha consigo, 17,1% não gosta de usar; 9,8% não pensou no assunto (CNLCS/ISCSP, 2004).

Por sua vez, Fernández *et al*. (2004, p. 31) concluíram no seu estudo que os melhores preditores do uso do preservativo eram o menor uso da pílula, a menor frequência de coito interrompido e o sentimento de que a atmosfera romântica não se deteriora pelo facto de o usarem. Já Hogben *et al*. (2006) verificaram que a percepção de receptividade no parceiro para o uso do preservativo estava directamente correlacionada com o seu uso consistente.

Razões da não adesão às campanhas de prevenção do VIH/sida

Quando abordámos as c*ausas da não adesão às campanhas de prevenção do VIH*, 62,4% dos estudantes que responderam apontaram como causa principal a *inconsciência e irresponsabilidade* e 30% o *sentimento de invulnerabilidade*, que entendem como característicos dos jovens.

"A juventude, na nossa sociedade, é anunciada através de uma série de concepções, tais como o risco, perigo e inconsciência. Essa concepção de irresponsabilidade e

inconsciência faz com que os jovens fiquem mais vulneráveis às DST. E aí reside um paradoxo importante, porque, ao mesmo tempo que os jovens são os mais bem informados, são também os mais vulneráveis. Isso demonstra que a informação, por si só, não protege os jovens se não forem trabalhados os outros fatores vinculados a essa vulnerabilidade, como, por exemplo, a pressão de gênero e a pressão do grupo" (Knauth, 2004, p. 167).

No nosso estudo, 19,5% dos inquiridos apontaram a persistência de "*preconceito contra o preservativo*", 10,1% a "*confiança no parceiro*"; 5,5% apontaram a ocasionalidade dos encontros sexuais. Curiosamente, apenas 12% apontaram como factor determinante o "*défice de informação*"; e, mais importante, só 4,9% responsabilizaram o "*preço elevado dos preservativos*" como explicação para a não adesão às campanhas de prevenção.

Opinião sobre as campanhas e sugestões de conteúdos

Merece uma especial atenção o facto de 69,6% dos estudantes que responderam à questão aberta sobre se *as campanhas de prevenção de IST e VIH/sida são adequadas* terem respondido que sim, e apenas 25,9% acharem que não. Nos depoimentos recolhidos, ressalta a ideia de que pouco mais há a dizer ou a alterar e que o problema não está nas campanhas mas sim nos próprios jovens.

Mas, curiosamente, os estudantes inquiridos quanto à *sugestão que dariam para conteúdos das campanhas de prevenção do VIH/sida* responderam maioritariamente: *mensagens chocantes, fortes, com testemunhos reais* (40,7%); 24% preferiam *mensagens mais esclarecedoras e apelativas, que dissessem a verdade*; 17,8% propuseram *mensagens que colocassem o preservativo on fashion*, ou seja, que se faça o marketing social do uso do preservativo, e 14,2% acharam que as campanhas de prevenção e*stão bem como estão*, que não há nada a mudar. De certo modo, estes achados contrariam a opinião de Fausto Amaro (Amaro e Cunha-Teles, 2006, p. 100) segundo a qual "a pessoa tende a evitar os estímulos negativos que lhe causem desconforto psicológico" e "as mensagens de medo aumentam o nível de ansiedade do indivíduo e pode levar a mecanismos de negação da doença". Mesmo que estas afirmações sejam correctas, facto é que os estudantes parecem considerar que a estratégia do medo é a única que pode levar os jovens a considerar a necessidade de se protegerem. Vários dos depoimentos por nós recolhidos vão nesse sentido. Sobre esta matéria, Cristina Ponte admitia que "a foto-choque possui uma força própria, que pode chocar os leitores ao ponto de estes recusarem um conhecimento mais alargado sobre o tema focado", mas pode também "permitir-lhes tomar consciência de uma realidade monstruosa" (Ponte, 2004, p. 87). Também já referimos o achado de Orquídea Lopes, no seu estudo sobre as campanhas publicitárias no âmbito da prevenção do VIH/*sida*, e segundo o qual "os *spots* que usaram como estratégia persuasiva o medo provocaram maior impacto cognitivo" (Lopes op. cit., p. 248).

Marketing social do preservativo

Parece-nos muito interessante a sugestão de se colocar o preservativo *on fashion*, isto é, de promover o seu *marketing* social. Já vimos que o preservativo constitui um problema em si mesmo. No entanto, uma faixa importante dos estudantes inquiridos (28,3%) acha que o uso do preservativo é "fácil e até divertido" e a maioria dos inquiridos (58,5%) referiu que usar preservativo é "um comportamento normal na sociedade de hoje. Este poderá ser um bom ponto de partida para uma campanha de imagem [12]. Mas, tal como os estudantes que sugeriram colocar o preservativo *on fashion*, pensamos que ele merece uma atenção independente da sua finalidade. O preservativo deve ser objecto de tratamento próprio, de forma a transformar-se no alvo prioritário de campanhas de promoção da sua *imagem social* e não num dispositivo preventivo-sanitário. É necessário

12. O Programa Nacional de Prevenção e Controle da infecção IVIH/*sida* 2007-2010 prevê o desenvolvimento de técnicas de *marketing* social do preservativo (CN*sida*, 2007, p. 39).

um esforço de re-construção da imagem social do preservativo que o torne num objecto de sedução, um adereço íntimo de prestígio, parte integrante do relacionamento sexual moderno. Isto independentemente de se tratar ou não de um método de prevenção de IST e de VIH/*sida*.

Sabendo-se que mais do que às razões de saúde pública e aos cálculos do risco pessoal, os jovens são sensíveis à moda e ao prestígio social dos comportamentos, tornar o uso do preservativo um comportamento de prestígio social pode contribuir mais para a prevenção do VIH/*sida* e outras IST do que toda a informação que tem sido difundida sobre a doença e os seus *números* (ou estatísticas). De certo modo, é necessário *autonomizar* o preservativo em relação à sua função preventiva e torná-lo parte integrante de uma sexualidade moderna, responsável e civicamente evoluída. Eventualmente, poderá explorar-se o potencial erótico que o preservativo contenha. E designá-lo por um nome menos conotado com a ciência, a medicina e a saúde pública.

Uma proposta de reflexão

O presente estudo e os estudos nacionais e internacionais anteriores concordam em que os jovens se adaptaram às exigências da prevenção, na sequência da epidemia de VIH/*sida.* Efectivamente, o número de jovens que hoje utilizam o preservativo nas relações sexuais é bastante elevado e representa uma mudança civilizacional importante face ao período pré-*sida.* Em termos gerais, cerca de 50% dos jovens usam o preservativo ao longo da vida, chegando aos 90% no caso da primeira relação sexual, nos rapazes, e aos 60% na última relação sexual, também nos rapazes. No entanto, o uso do preservativo continua muito aquém do que seria desejável para um eficaz controle da infecção. Esta persistente dificuldade em atingir valores superiores de protecção tem sido atribuída a factores intrínsecos aos jovens, não sendo habitualmente questionada a estratégia das campanhas preventivas que lhes são dirigidas. Comparando a situação com o que se passa no universo publicitário, seria o mesmo que responsabilizar o público-alvo pelo inêxito ou fracasso de uma dada estratégia promocional. Esta reflexão leva-nos a admitir, no campo das hipóteses, a possibilidade de estarmos perante o limite, ou perto do limite, da eficácia possível das estratégias comunicacionais seguidas até hoje no campo da prevenção do VIH/*sida*.

Para que tenham o impacto desejado, as campanhas deverão ser verdadeiras, reais e emotivas. As mensagens que visem promover a prevenção do VIH/*sida* entre a população adolescente e jovem terão de ter em conta as características psíquicas, emocionais e afectivas da população-alvo, evitando um discurso demasiado racional ou meramente *informativo*. E não deverão estar ao serviço de grupos, minorias, opções ideológicas ou religiosas, pois que o direito á prevenção e a não ser infectado é um direito de todos.

CONCLUSÕES

Podemos resumir as conclusões do presente estudo da seguinte forma:

- 1.ª – Os estudantes universitários da nossa amostra caracterizam o sexo como uma experiência afectiva e de prazer (75,6%) ou como uma experiência afectiva (21,2%). Deste modo, a conceptualização da sexualidade para efeitos de abordagem preventiva do VIH/*sida* terá de tomar em linha de conta esta realidade afectiva e não se dirigir apenas à genitalidade *tout court*.

- 2.ª – Mais de metade (52,6%) dos jovens universitários da nossa amostram referiram usar sempre o preservativo nas suas relações sexuais e também mais de metade (58,5%) é de opinião que o uso do *preservativo é um comportamento normal na sociedade de hoje*. Estes valores enquadram-se na média dos encontrados noutros estudos, mas parecem indiciar que uma parte importante

da população universitária continua a correr risco elevado. Tendo em conta a persistente diferença entre aquilo que os jovens sabem sobre a prevenção do VIH/*sida* e a necessidade de usar o preservativo, por um lado, e taxa efectiva de utilização do preservativo, por outro, é de admitir que a taxa actual de utilização efectiva do preservativo se encontre perto do limite das possibilidades de eficácia das campanhas de prevenção concebidas até ao momento.

• 3.ª – O obstáculo principal ao uso do preservativo é o preservativo em si mesmo, quer na sua componente física quer na sua componente psicológica. Assim, torna-se prioritária uma acção de promoção social do preservativo por si mesmo, *independentemente da sua utilidade ou finalidade preventiva*. Os jovens sabem qual a utilidade do preservativo, mas descuram o seu uso pelo desconforto físico e psíquico que entendem estar associado.

• 4.ª –Torna-se importante a promoção de uma imagem favorável do preservativo em si mesmo, tornando-o um objecto familiar na sedução e no envolvimento erótico, isto é, numa parte integrante da sexualidade humana moderna e responsável.

• 5.ª – Outro obstáculo é a *confiança no parceiro*. A relação sexual envolve mais que a mera troca de sensações eróticas. Envolve a afectividade, a irracionalidade, a partilha de seduções e sensações, e uma ideia de conquista que, de certo modo, implica a confiança e a auto-imagem dos intervenientes.

• 6.ª - Um outro obstáculo ao uso do preservativo é a *baixa percepção que os jovens têm do risco de contrairem a sida*. Esta baixa percepção do risco está associada ao carácter *invisível* que actualmente tem a infecção por VIH, que faz com que um parceiro infectado não seja detectado como tal. E esta *invisibilidade* não tem sido explorada pelas campanhas preventivas.

• 7.ª - A inconsciência e a irresponsabilidade própria dos jovens, bem como o sentimento de invulnerabilidade que os caracteriza, são aspectos que os próprios jovens referem como factores importantes de não adesão às campanhas de prevenção.

• 8.ª – Quase 70% (69,6%) dos estudantes inquiridos consideraram as campanhas de prevenção adequadas e só 25,9% acharam que não são. Mas, solicitados a pronunciar-se sobre os conteúdos a privilegiar nas campanhas sanitárias, 40,7% dos inquiridos sugeriram que as campanhas deveriam incluir *mensagens-choque* que despertem os jovens para a gravidade do problema da *sida*, 24% sugeriram que as campanhas sejam *mais informativas e realistas* e 17,8% sugeriram que as campanhas incluam *mensagens-fashion pró preservativo*. E só 14,2% foram de opinião que os conteúdos das mensagens *se mantenham* tal como estão.

• 9.ª – As conclusões anteriores parecem implicar a necessidade de um novo discurso preventivo em que a informação e o apelo a novos comportamentos na esfera da sexualidade deixem de basear-se apenas em constructos racionais e passem a dar a primazia às características psíquicas e emocionais dos jovens e a cada fase do seu desenvolvimento.

• 10.ª - No combate à *sida* é importante mobilizar todas as forças sociais, políticas e religiosas que têm influência na adolescência e juventude para que, nas respectivas faixas sociológicas, encontrem as mensagens mais adequada à prevenção e controle desta epidemia.

BIBLIOGRAFIA

Amaro, F. e Cunha-Teles, L. (2006), *A SIDA em Portugal e o Contexto Sociopolítico*, Fundação N. S. do Bom Sucesso, Lisboa.

Amaro, F., Frazão, C., Pereira, M.E. e Cunha-Teles, L. (2004), HIV/AIDS Risk Perception, Attitudes and Sexual Behavior in Portugal, in: *International Journal of STD and AIDS*, 15, pp. 56-60.

Bardin, L. (1977), *Análise de Conteúdo* (trad. de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, de *L'Analyse de Contenu*, Presses Universitaires de France, 1977), Edições 70, Lisboa.

Bastos, C. (2002), *Ciência, Poder, Acção: as respostas à Sida*, Imprensa de Ciências Sociais, Lisboa.

Camacho, R. (2003), Cerca de ¼ dos Doentes em Falência Terapêutica São Resistentes a Tudo, in: *IS*, n.º 38, Ano VII, Maio-Junho, Lisboa, p. 6-10.

Cordeiro, M. (1997), Dos 10 aos 15 – Adolescentes e Adolescência, Vol. 1, Quatro Margens Editora, Lisboa.

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/*sida* (2007), *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2007-2010: um compromisso com o futuro*, Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, Lisboa

Cunha-Oliveira, Aliete (2007), O Uso e o Não Uso do Preservativo numa População Jovem: contributo para a compreensão dos factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/sida, Tese de Mestrado em Saúde Pública, Coimbra.

Cunha-Teles, L. (2002), Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso Tem Sido um Marco na Luta Contra a SIDA, in: IS, n.º 33, Ano VI, Julho-Agosto, Lisboa, p. 6-9.

Cunha-Teles, L. (2003), Uma Epidemia e Duas Revoluções, in: *informação SIDA e outras doenças infecciosas*, n.º 38, Ano VII, Maio-Junho, Lisboa, p. 20-22.

Despacho n.º 19 871/ 2005 (2.ª série) – *Diário da República*, n.º 178, de 15 de Setembro de 2005.

Fernández, M.L., Castro, Y.R., Otero, M.C e Lorenzo, M.G. (2004), Creencias Vinculadas al Uso del Preservativo Masculino en Adolescentes Españoles Sexualmente Activos, in: *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia), 3 (1): 27-34*, enero-junio.

Frasquilho, M.A. (1998). Estilo de Vida, Comportamentos e Educação para a Saúde. Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes, in: Revista Portuguesa de Saúde Publica, vol.16, n.º 1, Janeiro/Março, pp.13-19.

Hogben, M., Liddon, N., Pierce, A., Sawyer, M., Papp, J., Black, C. e Koumans, E. (2006), Incorporating Adolescent Females' Perceptions of their Partners' Attitudes Toward Condoms into a Model of Female Adolescent Condom Use, in: *Psychology, Health and Medicine*, vol.11, nr. 4, pp. 449-460.

Knauth, D. (2004), *Apresentação*, Encontro Estadual de Políticas Públicas de Juventu-de, Mesa 7 – Políticas de Saúde, 29 e 30 de Setembro de 2003, pp. 163-167, São Paulo. Acedido em 10/02/2007 em www.pcs.org.br/Livros/politicasPublicas/Mesa7.pdf.

Krippendoff, K. (1980), *Content Analysis: an introduction to its methodology*, Sage, London.

Levy, L., Moreira, A. e Ribeiro, P. (1996), Adolescentes e Preservativos, in: *Acta Pediátrica Portuguesa*, N.º 7, vol. 26, pp. 423-426.

Massano-Cardoso, S. (2004), *Notas e Técnicas Epidemiológicas*, 5.ª ed., Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Miranda, A. M. (1997) Infecção VIH e sociedade, in: *IS*, n.º 4, Ano I, Setembro/Outubro, Lisboa,

p. 16-18

Ponte, C. (2004), Notícias e Silêncios – a cobertura da Sida no Diário de Notícias e no Correio da Manhã, Col. Comunicação, n.º 4, Porto Editora, Porto.

Sanches, K.R.B. (1999), *A AIDS e as Mulheres Jovens: Uma Questão de Vulnerabilidade*, Dissertação de Doutoramento em Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Acedida em http://portalteses.cict.fiocruz.br, em 27-01-2006.

Taquette, S.R., Vilhena, M.M. e Paula, M.C. (2004), Doenças Sexualmente Transmissíveis na Adolescência: estudo de fatores de risco, *in*: *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 37 (3), mai-jun, pp. 210-214.

Teixeira, A.M.F.B., Knauth, D.R., Fachel, J.M.G. e Leal, A.F. (2006), Adolescentes e Uso de Preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual, in: *Cadernos de Saúde Pública*, 22, n.º 7, Rio de Janeiro, Julho 2006.

Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Sing, S., Hodges, Z., Patel, D. e Bajos, N. (2006), Sexual Behaviour in Context: a global perspective, in: *The Lancet*, vol. 368, November, pp. 1706-1728.

Widdice, L., Cornell, J., Liang, W. e Halpern-Felsher, B. (2006), Having Sex and Condom Use: potential risks and benefits reported by young, sexually inexperienced adolescents, in: *Journal of Adolescent Health*, nr. 30, pp. 588-595.

(Footnotes)

1. "Porque preferem viver uma cultura de *viver este dia como se fosse o último*, e não querem pensar na consequência dos actos" – Q.29
2. "Porque existe aquele pensamento de que *só acontece aos outros*, eu terei sorte". Q. 324.
3. "Um conjunto de estereótipos que têm em relação ao uso do preservativo". Q. 308.
4. "Muitas vezes não existe uma consciencialização do verdadeiro problema". Q. 36.
5. "Há informação a mais, os jovens é que não estão preocupados". Q. 173.
6. "Porque confiam demasiado nos parceiros, mesmo sendo ocasionais". Q. 343.
7. "Muitas vezes as relações sexuais são ocasionais". Q. 333.
8. "Por causa do preço elevado dos preservativos. Deveriam ser gratuitos". Q. 322.
9. "Não faço ideia"; "Cada qual tem as suas razões"; "Não percebo porquê"; "Pensam que a sida se vê pela cara"; "O parceiro não tem aspecto de doente"; "Dificuldade em falar com o parceiro"; "Não o comprar a tempo"; "Campanhas insuficientemente apelativas"; "Campanhas maçudas"; "Vergonha de fazer o teste de VIH"; "Vergonha de se esclarecer"; "Vergonha de tirar dúvidas"; "Não ter a iniciativa de o usar"; "Idade demasiado precoce das primeiras RS"; "Campanhas só existem nos grandes centros urbanos"; "Medo de saber o resultado do teste de VIH"; "Falta de confiança no preservativo"; "O preservativo é pouco seguro"; "Pouco interesse pelo parceiro"; "Falta de acompanhamento e informação por parte dos pais".
10. "Pelo que costumam dizer, tira o prazer". Q. 358.
11. "Vergonha dos jovens em comprar os preservativos". Q. 304.
12. "Os jovens ainda têm algum pudor de os pedir nos centros de saúde, CAJ,…" Q. 298.
13. "Confiança na sorte, deixam-se levar pelo momento". Q. 202.

14. “Quando se trata de relações duradouras”. Q. 201.
15. “Por causa do preço elevado dos preservativos. Deveriam ser gratuitos. É a principal razão”. Q. 322.
16. “O facto de recorrer a outros métodos contraceptivos”. Q. 299.
17. “Estão sob o efeito de substâncias que os impedem de pensar no que estão a fazer”. Q. 309.
18. “Eu não vejo qualquer razão para não usar preservativo”. Q. 256.
19. “Défice de informação”; “Querer engravidar”; “Associar VIH a países pouco desenvolvidos”; “Factor religião”.
20. “Mensagens chocantes. Por vezes são as que têm mais efeito e nos fazem pensar”. Q.44
21. “Deviam mostrar mais casos de pessoas infectadas em estado avançado da doença, de forma a chocar as pessoas para estas verem os efeitos da sida”. Q. 13
22. “Deviam passar imagens de pessoas, isto é, testemunhos reais de cada tipo de infecção, para que se saiba o porquê e quais as consequências das DST, ao invés de apenas dizer para usar preservativo para as evitar”. Q. 19
23. “Mensagens sem rodeios nem eufemismos: conteúdos claros e, no limite, rígidos para fazer as pessoas abrirem os olhos”. Q. 37
24. “Realidades duras cruas que toquem e que choquem. Só assim os mais jovens, principalmente, ganham noção do risco”. Q. 216
25. “Algo fortes e chocantes. De outra forma não terá o efeito pretendido”. Q. 356
26. “Acho que deveriam mostrar algumas pessoas que cometeram o deslize de apenas uma vez não usar o preservativo, e terem ficado infectados, e que agora estão a morrer ou a passar muito mal por causa disso”. Q. 243
27. Relatos de jovens infectados”. Q. 355
28. “Deviam expor casos verídicos, testemunhos de pessoas infectadas – só essas pessoas podem falar na primeira pessoa, contar, expor o drama da sida e das consequências do não uso do preservativo”. Q. 515
29. “A principal mensagem deveria ser no sentido de que, embora com os sintomas mais controlados, a *sida* é uma doença mortal e não curável “. Q. 32
30. “Não acontece só aos outros, também pode acontecer contigo”; “Estamos todos sujeitos”; “A *sida* pode tocar a todos”; “Dizer ‘A sida mata’ “; “Mata milhões de pessoas no mundo”; “A sida é mais grave do que se pensa”; “É importante que o jovem se sinta integrado na mensagem”; “Campanhas interactivas com participação dos jovens alvo”; “Educação não formal”; “Incentivar o teste de VIH”; “Divulgar os lugares onde se pode fazer o teste”; “Apelar mais aos sentimentos na relação sexual e menos ao preservativo; “Valorizar a vida”; “A vida é um bem único”; “Ama a vida”; “Responsabilizar-nos pelos nossos actos”; “Não é uma alternativa, é uma necessidade”; “Sexo pode ser uma brincadeira, a sida é que não”; “São de graça, manter a saúde não custa nada”; “Se [a sida] continuar a proliferar assim, deixa de haver população no planeta”.
31. “O preservativo deve ser visto como um instrumento para estimular o acto sexual”. Q. 239

Educação para a Saúde no Século XXI:

Teorias, Modelos e Práticas

VIOLÊNCIA EM MEIO ESCOLAR

A VIOLÊNCIA COMO FATOR DE VULNERABILIDADE NA ÓTICA DE ADOLESCENTES ESCOLARES

Marta Angélica Iossi Silva[1] & Beatriz Oliveira Pereira[2]

Resumo

O objetivo deste estudo foi compreender como é que os adolescentes escolares percebem a violência em suas diferentes formas e expressões e em que medida cada uma destas dimensões é percebida como fator de vulnerabilidade. O estudo é de natureza qualitativa, utilizando como técnica de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas aa dolescentesde 10 a 19 anos. A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática baseando-se em princípios hermenêutico-dialéticos. A violência social, em particular a delinqüência juvenil, comunitária e escolar é apontada enquanto um fator de vulnerabilidade o que nos leva a considerar que para impedirmos a sua (re) produção, as iniciativas sócio-políticas devem procurar responder aos desafios de tirá-la da clandestinidade; compreender melhor o seu processo de produção e formar profissionais comprometidos no seu enfrentamento.

Palavras-chave

Adolescência; violência; vulnerabilidade.

INTRODUÇÃO

A adolescência constitui um período da vida onde, se manifesta a interação entre os aspectos individuais, a socialização, o desenvolvimento cognitivo e os valores construídos ao longo das experiências de vida, além de um potencial para o desenvolvimento de novas habilidades e oportunidades que se configuram no conjunto de características que dão unidade ao fenômeno da adolescência.

A proposta de atenção e proteção integral na adolescência é intervir nesse processo por meio de ações que satisfaçam as necessidades dos adolescentes, e permitam o desenvolvimento de competências e habilidades, tornando-os parte de redes sociais e assim possibilitar a redução da vulnerabilidade.

A noção de vulnerabilidade procura particularizar as diferentes situações dos sujeitos em três planos analíticos, ou seja, a vulnerabilidade individual, social e institucional, cuja pretensão é a busca da síntese em contraste ao caráter eminentemente analítico do conceito de risco, pedindo, portanto, olhares para múltiplos planos e, em particular, para estruturas sociais vulnerabilizantes ou condicionantes de vulnerabilidades reconhecendo a determinação social dos problemas e adversidades vividas na atualidade por um contingente significativo de adolescentes (Ayres et al., 2003; Sánchez; Bertolozzi, 2007).

Apesar das mudanças verificadas no âmbito legal com o reconhecimento cada vez mais ampliado dos direitos sociais desta parcela da população, temos como contraponto a potencialização da problemática de adolescentes em situação de vulnerabilidade social e pessoal, nos centros urbanos, nas instituições e no interior de seus lares no que concerne

1. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. **maiossi@eerp.usp.br**

2. Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho – Portugal.

a violência contra e entre adolescentes.

O fenômeno da violência é um problema sócio-histórico considerado na atualidade como um grave problema de saúde pública, constituindo-se na principal causa de morbi-mortalidade na adolescência (Abramovay et al, 2002; Waiselfisz, 2004; Assis, Deslandes, Santos, 2005).

Os diversos tipos de violência costumam se expressar de forma associada, conformando uma rede onde aquelas que expressam os conflitos do sistema social se articulam nos níveis interpessoais (Brasil, 2006; Minayo, 2005).

Relativamente a este ponto cabe sublinhar que a violência social considerada aquela a qual os sujeitos são submetidos por uma ação ou omissão de outrem, de grupos, e nações que os levem a danos físicos, emocionais, morais, espirituais a si próprios ou aos outros, a exemplo dos homicídios, suicídios, acidentes, agressões; a violência estrutural, referente àquela que se sustenta nas desigualdades sociais, estando relacionada a situações de miséria e pobreza; a violência institucional, atitudes agressivas, negligentes e cruéis que ocorre dentro das instituições que recebem adolescentes, seja para proteção, reabilitação, tratamento, socialização, educação, a exemplo das unidades de saúde, hospitais, abrigos, orfanatos, escolas; a violência delinqüêncial, que se manifesta no que a sociedade considera crime e a violência doméstica todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis, contra crianças e/ou adolescentes que sendo capaz de causar danos físicos, sexuais e/ou psicológicos – implica de um lado uma transgressão de poder/dever de proteção do adulto e de outro uma negação do direito que adolescentes tem de ser tratados como sujeitos em condições peculiar de desenvolvimento, destacam-se no universo da adolescência (World Health Organization [WHO], 2002; Assis, S. G., Deslandes, S. F., & Santos, N. C., 2005; Minayo, 2005, Brasil, 2006).

A violência a que os adolescentes estão sujeitos na sociedade e em particular na escola não pode ser desinserida da violência percebida no meio ambiente. Na escola esta pode ainda assumir formas específicas, a exemplo do *bullying* entre pares. O *bullying* é o abuso sistemático do poder. É uma forma de comportamento agressivo, entre pares, usualmente maldosa, deliberada e com frequência persistente, podendo durar semanas, meses ou anos, sendo difícil às vítimas defenderem-se a si próprias (Sharp & Smith, 1994; Pereira, 2001). De forma continuada e intencional parece afectar os jovens no seu desenvolvimento e se manifesta em particular nos recreios escolares. Ainda neste sentido, o insucesso escolar parece estar associado ao aumento percentual de crianças agressoras (Pereira, 2002; Pereira *et al*., 2004).

A violência, portanto apresenta-se possuindo uma dimensão social com raízes macroestruturais. Apresenta várias formas e faces e encontra-se diluída na sociedade sob forma das diversas manifestações que se interligam, interagem, alimentam e fortalecem e desta forma, permanece presente historicamente na sociedade (Minayo, 2005).

Mediante tal quadro, este estudo teve como objetivo compreender como os adolescentes percebem a violência em suas diferentes formas e expressões como um fator de vulnerabilidade, considerando sua complexidade e subjetividade.

Subsidiados nos objetivos da presente pesquisa procuramos responder a seguintes questões: como é que os adolescentes vêem a violência no âmbito escolar e social? Reconhecem esta violência como um fator que os vulnerabiliza? A que tipo de violência acreditam que estão expostos considerando o contexto em que estão inseridos?

Este estudo tem sua relevância a partir do pressuposto de que, mais do que um agente da violência como muitas vezes é apontado pela própria sociedade ou mídia, o adolescente se vê como vítima deste fenômeno que lhe confere não só uma vulnerabilidade individual, mas também social.

Isto posto, o presente estudo se justifica uma vez que entendendemos a adolescência como uma fase potencial de desenvolvimento humano, conjugando uma visão sistêmica e construtivista do processo de adolescer, o sujeito deste processo deve ser visto dentro de suas singularidades e interações com o seu contexto familiar e social numa perspectiva de *empowerment,* ou seja*,* dar aos adolescentes o poder, a liberdade, a responsabilidade e a informação necessárias para que possam desenvolver suas competências pessoais e sociais, e participar ativamente na tomada de decisões a respeito de sua vida em seus diferentes aspectos (Carvalho, 2006), e assim agregar respostas e perspectivas para o enfrentamento do fenômeno da violência na suas mais diferentes manifestações.

PRINCÍPIOS METODOLÓGICOS

Buscamos na abordagem qualitativa, uma alternativa metodológica que nos ajudou a entender a realidade expressa pelas percepções desses adolescentes, aqui entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais e como práticas interpretativas que contemplam os sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos (Minayo, 2007).

O presente trabalho configura-se como parte de um projeto maior intitulado "O adolescente enquanto protagonista no seu espaço social" por meio do qual buscamos compreender como os adolescentes percebem sua realidade em termos da vulnerabilidade da sua saúde.

O campo de investigação, enquanto realidade a ser compreendida e investigada, foram duas escolas municipais de ensino fundamental localizadas em bairros periféricos da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil e que contam com um trabalho de extensão universitária e ações de equipes de saúde da família, que vem realizando durante o ano grupos de educação em saúde com os adolescentes.

A coleta dos dados se apoiou na realização de entrevistas semi-estruturadas e a amostra foi composta a partir dos seguintes princípios (i) privilegiar os adolescentes, nossos atores sociais, adolescentes de 10 a 19 anos que participam ou participaram em grupos de adolescentes na escola. Cabe ressaltar que os referidos grupos são grupos educativos para a prevenção e promoção da saúde por meio de uma metodologia participativa e lúdica, com um adequado manejo possibilitado pela formação ética, teórica e metodológica e que visa criar mudanças positivas de atitudes e comportamentos entre os adolescentes e seus pares, perspectiva metodológica esta que vai além da capacidade de gerar informações, mas que considera, sobretudo, os processos sociais e culturais que ajudam o jovem a dar sentido aos seus valores, a seus desejos, sentimentos e interesses, fortalecendo a auto-estima, a autonomia. Isso significa um cuidado para a escolha do lócus e do grupo que contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa; (ii) tê-los como número suficiente para permitir a reincidência e homogeneidade das informações; (iii) considerar a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos até que seja possível uma discussão aprofundada das questões da pesquisa. Assim, a amostra não buscou uma representatividade numérica e sim um aprofundamento da temática (Gomes, 2007; Minayo, 2007).

Os adolescentes foram convidados a participar espontaneamente das entrevistas individuais na própria escola. Para tanto, explicamos a cada adolescente entrevistado, de forma clara e objetiva, o que pretendíamos e também sobre a necessidade de gravação das entrevistas, pedindo-lhes permissão para tal. Realizamos um total de 17 entrevistas individuais, as quais foram alcançadas considerando-se a saturação e representatividade da amostra (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

Em termos de tratamento dos depoimentos, utilizou-se o método de análise de conteúdo temática (Minayo, 2007; Bardin, 2002).

Para a análise de conteúdo atingir a compreensão das significações e ultrapassar as tendências quantitativistas, esta deve relacionar os significados e significantes, articulando a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem. Para tanto, para a análise dos discursos nos baseamos em princípios hemenêuticos-dialéticos os quais nos possibilitou o confronto de diferentes posicionamentos na interpretação dos sentidos, uma vez que este método coloca a fala em seu contexto para compreendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida (Minayo, 2007).

Assim, a hemenêutica-dialética nos permitiu compreender a realidade expressa por estes adolescentes a partir de uma reconstrução histórica, objetiva e ao mesmo tempo subjetiva dos seus discursos, discernindo o sentido oculto num sentido aparente.

Para garantir o caráter sigiloso das informações e dos sujeitos, na transcrição dos depoimentos, os entrevistados foram codificados por letras onde " E1AF13" refere-se à entrevista número um da escola A, entrevistado do sexo feminino, 13 anos de idade; "E1BM14" refere-se à entrevista número um da escola B, entrevistado do sexo masculino, 14 anos de idade e assim sucessivamente.

O projeto de pesquisa do qual se insere este trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em cumprimento da Resolução n.º. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apontar as raízes deste fenômeno multifacetado é um desafio que se coloca na atualidade. Segundo a WHO (2002, p. 12) podemos analisar ou explicar as raízes da violência tomando como base um modelo ecológico o qual enfatiza e delineia uma abordagem a partir de quatro níveis, os fatores biológicos e pessoais de cada pessoa; os fatores relacionais, evidenciando-se as interações sociais; os fatores comunitários a exemplo da escola, vizinhança, os altos níveis de desemprego, a presença de tráfico de drogas e de armas e os fatores sociais mais amplos, como normas culturais que justificam a violência como forma de resolver conflitos, o machismo e cultura adultocêntrica, normas que validam o uso abusivo da força pela polícia e a ineficiência das políticas de educação,saúde,econômicas e sociais que contribuem para manter desigualdades.

Nesta perspectiva tendo como base fundamental a compreensão do significado das falas por meio da fusão de horizontes, dos pesquisadores e dos sujeitos – hermenêutica - interpretando a realidade em seu continuo desenvolvimento e mudança e buscando apreender o fenômeno da violência em um contexto histórico – dialética - e é que buscamos compreender a percepção dos adolescentes sujeitos do presente estudo quanto a interação violência e vulnerabilidade.

Os diversos tipos de violência costumam se expressar de forma associada, conformando uma rede onde aquelas que expressam os conflitos do sistema social se articulam nos níveis interpessoais (Minayo, 2002).

Na verdade a violência que se apresenta na contemporaneidade desloca a ordem social evocando a idéia de desordem racional, moral ou social, mas por outro lado também um fator de crítica e questionamento dessa ordem (Pino, 2007).

Considerando que toda ordem social possibilita um ordenamento das relações econômicas, sociais e políticas de uma dada sociedade, a violência social e estrutural, enquanto àquelas que se sustentam nas desigualdades sociais e impetram uma ação ou omissão de outrem, que leva a danos físicos, emocionais, morais, espirituais a si próprios

ou aos outros, a exemplo dos homicídios, suicídios, acidentes, agressões, representam efetivamente um fator de desestabilização.

A desigualdade social hoje presente na percepção dos adolescentes, mostra a incapacidade política e gerencial dos governos em incorporar sua população na cidadania, na garantia de direitos políticos, civis e sociais, estamos longe da incorporação da população nos direitos sociais.

> *"Então, tem muitas famílias que não tem condição, porque eu queria assim, que o governo centrasse muito bem no que fazer ... Tem bolsa escola, bolsa família, mas a gente não precisa só disso, precisa de muito mais" (E4BF15).*

> *"Sabe para ficar mais protegido a gente precisa de mais apoio, mais condições mais o governo não vê isso" (E1BM13).*

O que vem contribuindo para o aumento do quadro de violência nas diferentes sociedades e contextos, está relacionado ao intenso crescimento e desenvolvimento populacional dentro de uma sociedade mal estruturada, onde a distribuição de renda, o acesso desigual aos bens sociais e de consumo, envolvem problemas de grande complexidade.

Neste sentido, violência e vulnerabilidade não estão isoladas das relações econômicas, políticas, culturais que configuram a estrutura de uma sociedade. Diversos estudos apontam que os condicionantes estruturais colocam ou aumentam a vulnerabilidade das pessoas ou grupos, e que a melhoria da situação sócio-econômica das famílias, e a garantia de políticas e serviços sociais, diferenciados, ajustadas e mais apropriadas para cada caso, são mediações para diminuir esta vulnerabilidade (Mckay; Lawson, 2002; Fundo das Nações Unidas para Infância [Unicef], 2005; Sánchez; Bertolozzi, 2007).

Os determinantes sociais, econômicos e culturais somam-se aos fatores familiares e individuais para a determinação da vulnerabilidade à violência. Dentre os fatores de relevância para sua ocorrência contra e entre os adolescentes destacam-se os fatores individuais - de gênero, temperamento, baixo nível educacional, agressividade interparental ou com os pares; contextuais ou sociais – práticas educativas inadequadas, punitivas e instáveis, com encorajamento e reforço para comportamento anti-social, qualidade das relações interparentais, estrutura monoparental, fracasso acadêmico (Assis; Pesce, Avancini, 2006).

Os adolescentes situam a violência a que estão expostos em seu cotidiano, como fator de vulnerabilidade, seja no âmbito privado de seus lares ou no público, a exemplo da escola e das ruas.

> *"Vou dar um exemplo... uma série acima, ela parece que tem o poder né, ela pensa que tem mais poder do que a série abaixo. Então o que acontece? Tem ameaças, tipo assim, ah vou te bater na rua, esse tipo de ameaça tá acontecendo sempre, e acho que isso acaba influenciando depois os menores, que vão para uma série acima, fazer isso com os debaixo [...] bate na hora da saída" (E5AM14).*

> *"Aqui na escola às vezes tem muita briga, aqui dentro e lá fora" (E9BM12)*

A violência contra e entre os adolescentes materializa-se nos diversos espaços sociais, porém nos últimos anos a escola vem sendo apontada com um dos principais lócus de produção e reprodução de violências e indisciplinas nas suas mais variadas formas, contrapondo a ideário do contexto escolar como um espaço de socialização e proteção.

O *bullying* nas escolas se delineia como uma problemática que merece atenção, considerando a crescente produção acadêmica sobre o tema (Sharp & Smith, 1994; Pereira, 2001; Pereira, B., Mendonça, D., Neto, C., Valente, L. & Smith, P. K., 2004; Pereira, 2006; Miranda, 2004; Chrispino, 2007). Cada vez mais se repercute a idéia

de que as escolas estão se tornando territórios de agressões e conflitos. Notícias sobre homicídios, ameaças, agressões e uso de armas em estabelecimentos de ensino surgem em diversas partes do mundo, intensificando a percepção de que esses deixaram de ser um território protegido.

No entanto esta não pode ser vista dissociada do contexto social, urbano, relacional e familiar no qual o adolescente está inserido. Em suas reflexões Engels (1981) questiona a idéia de se explicar a violência pela imposição da vontade e pelas relações políticas e considera que "o aspecto econômico da relação é mais fundamental na História do que o aspecto político" (p. 166). Ao enfatizar os interesses econômicos Engels busca o significado da violência nos meios e condições materiais. Para ele, o exercício da violência e seus meios estão relacionados ao desenvolvimento da tecnologia, que se articula com a manutenção do poder e da propriedade.

Esse determinismo econômico, no entanto, não é o único vértice a ser considerado, mas na determinação histórica da violência há que se considerar os interesses e determinantes econômicos, culturais, sociais e políticos que se inter-relacionam na determinação desta, como apontam as falas a seguir.

> *Não só de dinheiro, mas o povo precisa de muita coisa né? Educação é o mais importante[...] educação traz tudo, traz o emprego, que traz alimento, que traz o dinheiro, pra compra alimento, vai atualizando a mente, que vai vendo as coisas, que vai pensando na vida. (E17BF16).*

> *'Muitos adolescentes vive numa condição completamente precária, fora ele não ter saúde, as crianças não tem escola, pais, ninguém, nem a casa dele não tem condições.' (E4BF15)*

Iniciativas significativas de enfrentamento da violencia na escola tem surgido em todo mundo, tendo como foco a promoção dos direitos fundamentais, a proteção integral, a inserção e a integração de adolescentes na escola.

Neste sentido as escolas devem se incentivadas a desenvolver o seu "bom clima" buscando desenvolver sua capacidade relacional entre si e a comunidade; um modelo de gestão inovadora, aberta a mudanças; a valorização de todos os componentes da comunidade escolar; o trabalho coletivo; a participação da família e comunidade nas atividades e a construção do sentido de pertencimento de seus pares (Assis; Deslandes; Santos, 2005).

Nos debates sobre vulnerabilidades contemporâneas e adolescência, é comum ressaltar a exposição a diversos tipos de violências e vitimação (Abramovay *et al*., 2002; Waiselfisz, 2004) considerando em particular a alta incidência de mortes por causas externas (homicídios e acidentes) entre os jovens.

Os adolescentes sujeitos deste estudo, ainda situam a violência urbana, caracterizada, sobretudo pelos acidentes e homicídios como outros fatos que os colacam frente a situações de vulnerabilidade.

> *"Tem muita gente, principalmente jovem morrendo de acidente, acho que eles gostam de correr perigo". (E2AM11)*

> *"Você vê todo dia nas noticias adolescentes morrendo , matando, se envolvendo em crime, aqui mesmo é assim" (E6AM13)*

Os adolescentes percebem, seja no seu cotidiano mais próximo ou não, a violência social, a delinqüência e a violência interpessoal como um fator que os vulnerabiliza, que coloca uma margem tênue entre a própria adolescência "acho que eles gostam de correr perigo" e a ação que os exclui e os vitimiza ou os faz réu "adolescentes morrendo, matando".

Para entendermos a dinâmica e manifestação deste tipo de violência, é preciso um aprofundamento teórico-crítico frente à questão da violência social, delinqüêncial e institucional as quais não devem ser analisadas como um conjunto de fatos e causas isoladas, vinculadas à falta de controle dos indivíduos, mas como um fenômeno societário complexo que envolve não só o crime enquanto transgressão, mas as relações entre as forças sociais e políticas da sociedade assim como as relações entre pares, as relações sociais, não podendo, portanto, serem compreendidas fora da dinâmica da sociedade que as produz, uma vez que elas se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações cotidianas que, por serem construídos por determinada sociedade, e sob determinadas circunstâncias, podem ser por ela desconstruídos e superados.

A violência social, o *bullying* entre pares, a delinquência juvenil entrou na ordem do dia da nossa sociedade, sendo apontados como uma das principais preocupações da população, sobretudo das grandes cidades, constituindo-se em um ingrediente importante e irrefutável na dinâmica urbana contemporânea, onde os adolescentes se vêem envolvidos.

CONCLUSÕES

Embora, estar vulnerável a alguma situação seja próprio do ser humano, só muito recentemente este conceito foi retomado, ajudando a clarear os objetivos e contribuindo na estruturação, realização e avaliação do trabalho junto aos adolescentes.

A violência nas suas mais diversas expressões enquanto um fator de vulnerabilidade para os adolescentes nos leva a considerar que para impedirmos sua (re) produção, as iniciativas sócio-políticas devem buscar responder aos desafios de reconhecê-la e identificá-la cm clareza; compreender melhor o processo de produção desse fenômeno e formar profissionais competentes e socialmente comprometidos no seu enfrentamento.

As ações possíveis de potencializar a redução da violência, pressupõem ferramentas e referências criativas na atuação do Estado e sociedade civil na implementação de ações flexíveis, solidárias e coesas capazes, sobretudo, de articular múltiplos atores sociais e diferentes setores no sentido de: propiciar uma melhoria na assistência à saúde e educação; ampliação de programas de geração de emprego e renda; e desenvolvimento social; acesso á cultura, esporte e lazer; incentivo e divulgação de boas práticas parentais; melhoria da infra-estrutura urbana e das condições socioeconômicas; programas e orientações dirigidos à mudança de atitudes, comportamentos e ao desenvolvimento de habilidades sociais, envolvendo não só os sujeitos, mas também a família e finalmente implementar políticas públicas que visem estimular valores e atitudes de paz e convivência saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramovay, M., Castro, M. G., Pinheiro, L. C., Lima, F. S., & Martinelli, C. C. (2002). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO.

Assis, S. G., Deslandes, S. F., & Santos, N. C. (2005). Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* (pp.79-116). Brasília: Ministério da Saúde. (Série B.Textos Básicos de Saúde).

Assis, S. G., Pesce, R. P, Avanci, J. Q. (2006) *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Ayres, J. R. C. M. *et al*. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.117-39). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Bardin, L. (2002). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Violência faz mal à saúde.* Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Carvalho, G. S. (2006). Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. In: Pereira, B. O. & Carvalho, G. S. *Actividade física, saúde e lazer: a infância e estilos de vida saudáveis* (pp 19-37). Lisboa: Lidel.

Chrispino, A. (2007). Gestão do conflito escolar: da classificação dos conflitos aos modelos de mediação. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 15(54), 11-28.

Engels, F. (1981). *Política.* São Paulo: Ática.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, *24*(1), 17-27.

Gomes, R. A Análise de dados em pesquisa qualitativa. (2007). In: Minayo M.C. S. (Org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (pp. 79-108). Petrópolis: Vozes.

Mckay, A., & Lawson, D. (2002). Chronic poverty: a review of current quantitative evidence. *Working paper, 15*, Manchester: IDPM/Chronic Poverty Research Centre (CPRC).

Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2005). Relaciones entre procesos sociales, violência y calidad de vida. *Salud Coletiva*, *1*(1), 69-78.

Minayo, M. C. S. (2002). O significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: Westphal, M. F. (Org.) *Violência e criança* (pp. 95-114). São Paulo: EDUSP..

Miranda, M. I. F. (2004). *Violência nas escolas sob o olhar da saúde: das indisciplinas e incivilidades às morbidades por causas externas.* Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. (Tese de Doutorado).

Pereira, B. O. (2001). A violência na escola – formas de prevenção. In: Pereira, B. O & Pinto, A. P. *A escola e a criança em risco: intervir para prevenir* (pp 17-30). Porto: Edições ASA.

Pereira, B. O. (2002). *Para uma escola sem violência. Estudo e prevenção das práticas agressivas entre crianças*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Ministério da Ciência e da Tecnologia. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas.

Pereira, B., Mendonça, D., Neto, C., Valente, L. & Smith, P. K. (2004) Bullying in Portuguese schools. *School Psychology International,* 25 (2), 207-222.

Pereira, B. O. (2006). Prevenção da violência em contexto escolar: diagnóstico e programa de intervenção. In: Souza Neto, J.C., Nascimento, M. L. B. P. *Infância: violência, instituições e políticas públicas* (pp. 43-51). São Paulo: Expressão e Arte Editora.

Pino, A. (2007). Violência, educação e sociedade: um olhar sobre o Brasil contemporâneo. *Educação & Sociedade, 28* (100), 763-785.

Sánchez, A. I. M, & Bertolozzi, M. R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, *12*(2), 319-324.

UNICEF. (2005). *Situação das Crianças e dos Adolescentes na Tríplice Fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai: desafios e recomendações.* Curitiba: UNICEF, ITAIPU Binacional.

Waiselfisz, J. J. (2004). *Mapa da Violência IV. Os Jovens do Brasil - Juventude, violência e cidadania*, Brasília: UNESCO.

World Health Organization. (2002). *World report on violence and health.* Genebra: WHO.

ESCOLA, ÉTICA DO CUIDADO E A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Denise Soares Miguel[1] & Graziela Raupp Pereira[2]

Resumo

Este trabalho tem o objetivo de refletir sobre a questão da violência doméstica que entra na escola pelas histórias de vida dos alunos e a postura ética dos educadores na notificação e acompanhamento dos casos envolvendo situações de maus-tratos. Visa também apresentar e analisar dados de pesquisa realizada no âmbito da rede de atendimento e defesa dos direitos da infância e juventude em Florianópolis, Santa Catarina. No decorrer do estudo compreende-se que a conscientização dos educadores sobre o universo das violências necessita estar mais presente nos processos de formação inicial ou continuada e que conhecer este universo pode contribuir para aguçar nos educadores uma sensibilidade educativa e pautar a ação pedagógica em valores éticos como a justiça e a dignidade humana, reforçando algumas das funções sociais da escola: a proteção, o cuidado e a atenção à saúde integral da criança e do adolescente.

Palavras-chave

Ação docente; violência doméstica; Ética do Cuidado.

A produção de dados sobre as várias questões das violências praticadas contra crianças e adolescentes em nosso país, ainda reserva muitas carências e algumas vezes, uma absoluta falta de informações. Isto dificulta descrever o cenário histórico-social, o processo de hominização e especialmente a extensão do fenômeno das violências em nossa sociedade. Q*uantas crianças e adolescentes sofrem violência doméstica no Brasil? E o que a escola tem a ver com isto?*

Com a intenção de abrir frestas na compreensão deste universo pouco visto, pouco olhado, embora sabido, *as reflexões apresentadas neste artigo partem de uma pesquisa*[3] *realizada em Florianópolis,* no Programa Sentinela Florianópolis - Ilha que buscou, dentre outros objetivos, conhecer os procedimentos adotados na investigação das denúncias de violências praticadas contra adolescentes e a malha de significações que envolvem essas situações.

A pesquisa que compreendeu os anos de 2003 e 2004 revelou que a violência contra adolescentes teve um acréscimo nos anos pesquisados, haja vista que a maioria das denúncias foi feita em 2004, 66,92%, e em 2003 foi registrada a metade deste número, 32,08%. Dos 665 casos analisados 29,02%, ou seja, 193 casos citaram 240 adolescentes como vítimas, sendo 58,33% do sexo feminino e 41, 67% do sexo masculino. Desses casos, 22,79% tinha o envolvimento de crianças; 21,76% dos casos envolviam mais de um/uma adolescente, 23,38% reincidiram em 2003 e 17,79% reincidiram em 2004. Houve uma concentração de violências nas faixas etárias mais jovens, de 12 a 15 anos, sendo que os adolescentes são mais vitimados pela violência física e negligência e as adolescentes pela violência física, violências associadas e violência sexual. A composição familiar

1. Universidade do Estado de Santa Catarina. **guel88@hotmail.com**
2. Universidade de Aveiro. **graziela.pereira@ua.pt**
3. A pesquisa *Inventário sobre a ética do cuidado no atendimento ao/à adolescente vítima de violências* foi desenvolvida entre 2005 e 2007, e recebeu financiamento do Programa de Apoio a Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

predominante encontrada foi a nuclear (36,67%), seguida das famílias formadas pela mãe e outros parentes (20,42%). A mãe aparece como agressora na maioria dos casos, 39%, seguida do pai em 31,7% dos casos; em ambas as situações há uma predominância da violência física (19,58%). Nos vários documentos analisados na pesquisa, o processo de escolarização dos adolescentes foi um dos dados em que o "nada consta" estava presente em 47,08% dos casos. Naqueles onde aparecia este registro, 40,83% dos adolescentes estudavam no ensino fundamental, sendo as adolescentes a maioria neste nível de ensino (56,12%); 6,25% estudavam no ensino médio, e também as meninas eram maioria (53,34); 0,41% eram rapazes não escolarizados; e 5,41% não estavam estudando, sendo neste aspecto a maioria do gênero feminino (53,84%).

Segundo dados da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência – ABRAPIA (2006) estima-se que nos EUA cerca de 1% da população infanto-juvenil é maltratada todos os anos. Como no Brasil não há pesquisas nacionais, por analogia com os índices norte-americanos, afirmam que, por ano, são vítimas das várias formas de violência doméstica, 600 mil crianças/adolescentes. Ou seja, 68 por hora ou 1 por minuto.

O Ministério Público Estadual de Santa Catarina, entre 1998 e 1999, período em que o Fórum Catarinense pelo Fim da Violência e Exploração Sexual Infanto-Juvenil iniciou suas campanhas, registrou um aumento de 23,6% no número de denúncias-crime ajuizadas pelas Promotorias da Infância, tendo como vítimas crianças e adolescentes. Em 1998 foram ajuizadas 250 denúncias-crime e no ano seguinte 309.

A violência doméstica e a violência institucional tiveram no Brasil, conforme Zaluar (1998), um aumento nos registros oficiais das últimas décadas, sem que houvesse um maior conhecimento a respeito dos mecanismos que as geram e dos círculos viciosos que as mantém.

Na área da Educação, o tema das violências muito tardiamente começa a ser objeto de estudo na pós-graduação. Conforme pesquisa de Marília Spósito (2002) num primeiro balaço sobre o tema Juventude no interior da área da Educação, a produção total de estudos sobre violência, nos 18 anos pesquisados (1980-1998), são bastante "minguados", já que constituem um núcleo de apenas 12 trabalhos num universo que atinge 8.667 trabalhos entre teses e dissertações.

Numa sociedade na qual ainda impera a lógica liberal, o pensamento cartesiano que tudo esquarteja, valores individualistas e consumistas, o orgulho do macho e preconceitos de todas as ordens, os adolescentes são tanto atores quanto vítimas das violências, sejam elas urbanas ou domésticas.

No fluxo de devir histórico no qual a formação do ser traça caminhos para a história humana, o adolescente ao se tornar adulto, expressará o mundo vivenciado e aprendido. Se o seu desenvolvimento se dá num ambiente onde estão presentes práticas de respeito por si mesmo e pelo outro, de autoaceitação e de aceitação do outro como legítimo outro (MATURANA, 2002), tal formação pode favorecer a constituição de uma vida adulta com mais responsabilidade social, pautada numa ética da convivência solidária e numa estética do sentir em comum com as manifestações de um mundo em movimento.

Dessa maneira, os processos educativos, inseridos numa ética do cuidado com a vida das crianças e adolescentes podem assegurar um desenvolvimento mais saudável. A educação enquanto âmbito do humano e constituinte da humanização ganha evidência quando as relações interpessoais co-promovem um modo de ser mais orgânico e consciente com a realidade, pois toda relação humana é educativa, seja para promover ou para degradar a humanidade do outro.

Estudos sobre o tema adolescência no âmbito das violências privilegiam a escola como

lócus de reflexão e debate, quer sob o ponto de vista das representações dos estudantes, quer das próprias violências produzidas e observadas nesta instituição educativa.

Entretanto, a escola dispõe de poucas experiências pedagógicas e reflexões para lidar com as violências que acontecem no âmbito extra classe, e também discute pouco as violências por ela produzida. Geralmente, questões dessa natureza são encaminhadas para a Orientação Educacional, Coordenação Pedagógica ou para a Direção da Escola, conforme se pode observar na pesquisa realizada por Rosane Pereira (2006) numa escola pública estadual em Florianópolis. Os projetos políticos-pedagógicos das escolas pouco têm privilegiado as discussões em torno das questões do cuidado, ou do reconhecimento da escola como um espaço de gestão do cuidado.

Acreditamos que conhecer este universo pode contribuir para aguçar nos educadores uma sensibilidade educativa e pautar a ação pedagógica em valores éticos como a justiça, o respeito e a dignidade humana, reforçando uma das funções sociais da escola: a proteção.

O Estatuto da Criança e do Adolescente indica incumbências específicas para o setor educacional e o setor de saúde: identificar e notificar situações de maus-tratos e buscar estratégias e parcerias para proteger a(s) vítima(s) e dar apoio à família. Mas há que se questionar o quanto às escolas tem contribuído com esta indicação do ECA? Denunciar ou notificar é um ato indispensável.

O reconhecimento da ocorrência de maus-tratos contra crianças e adolescentes trás como conseqüência direta à necessidade de protegê-las. Tal proteção tem início oficialmente com a notificação da(s) violência(s). A notificação viabiliza um sistema de registro das informações; permite construir formas de promoção e prevenção; possibilita certificar se o atendimento à vítima de maus tratos está incorporado às rotinas institucionais, assim como, é um instrumento que determina a necessidade de investimento no âmbito da assistência. Por isso, deve ser considerado como instrumento da política pública de prevenção aos maus tratos e promoção de proteção a crianças e adolescentes.

A legislação brasileira, embora clara quanto à obrigação de notificar, oferece pouca orientação aos educadores, e a notificação de uma suspeita fica na prática a cargo da consciência individual do profissional; o que pode contribuir tanto para a não notificação quanto para a notificação em excesso e constrangimento da criança ou adolescente.

A experiência com trabalhos de formação de educadores tem revelado que os professores muitas vezes não vêem e não reconhecem as marcas físicas, psicológicas e emocionais das violências a que estão submetidos alguns de seus alunos e alunas, muito menos relacionam a vitimização como motivador direto e indireto sobre a freqüência, o aproveitamento do tempo letivo e o rendimento escolar. Tampouco a escola tem refletido sobre a capacidade de o processo educativo construir valores e formar cidadãos e cidadãs capazes de conviver e resolver pacificamente as suas divergências, conforme nos acena Abramovay (2002).

Como educadoras compartilhamos da importância do exercício de uma educação inclusiva. Uma educação que ao incluir, conhece. Mas, o que conhecem os educadores sobre as violências que adentram as escolas? O que conhecem os educadores sobre as violências que sofrem crianças e adolescentes, seus educandos e educandas? Reconhecem as manifestações de violências nas crianças e adolescentes? Como planejam as suas ações pedagógicas neste contexto? Que reflexões a escola faz sobre as violências domésticas que adentram suas salas de aulas e corredores? Como procedem ao identificar uma situação de violência doméstica?

Conforme nos ensinou Gramsci (1987, p.12) para sabermos quem realmente somos, é necessário inventariar nossa existência. E isto é um ato de conhecimento, um "conhece-

te a ti mesmo" revitalizado, que provoca deslocamentos, não na lógica de numa postura egoísta e individualista depositada pela cegueira ao qual a modernidade nos engendrou, mas reconhecendo nossa humanidade presente nas interações do fenômeno das violências e do cuidado.

A noção de cuidado tem sido empregada numa multiplicidade de significados. A moral cristã, ao desincentivar o cuidado de si, paradoxalmente prega a renúncia a si mesmo e assevera a necessita de dar-se a conhecer ao padre ou pastor, para ser absolvido das culpas e pecados. De um extremo a outro da história da noção de cuidado, Hadot (apud EIZIRICK, 2005, p. 105), afirma que "é tanto a atenção, o desvelo, a solicitude, que dedicamos a uma tarefa ou a uma pessoa, como a ansiedade e a preocupação que nos assalta, nos tortura". Por transitar entre as esferas da vida pública e privada, da família ao mercado de trabalho e às políticas públicas, o conceito de "cuidado", conforme sugere Carvalho (1999, p. 51), ora é entendido como "fonte de superexploração, ora como amor: enaltecido como valor ético universal e ao mesmo tempo apontado como núcleo central da subordinação social das mulheres".

Reconhecer o cuidado como um *modo-de-ser* essencial, sempre presente e irredutível à outra realidade anterior, é a concepção de Boff (1999, 89), que ainda certifica que não t*emos* cuidado, mas que *somos* cuidado. Neste sentido, o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É o modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado deixamos de ser humanos.

Na totalidade dinâmica na qual vivemos, conhecer-se ou inventariar o que se é, implica entender-se imerso numa condição bio-antropo-sócio-cultural-político-autopoiético. O todo afeta as partes, que afeta o todo. O princípio hologramático do "todo em cada parte" nos proporciona uma maneira outra de entender a ordem-desordem-organização ao qual estamos inevitavelmente submetidos. Durante a maior parte de sua história, a ciência ocidental tem trabalhado dentro de um conceito de que a melhor maneira para entender um fenômeno físico, especialmente, é dissecá-lo e estudar suas partes respectivas. Um holograma nos ensina que muitas coisas no universo não podem ser conduzidas por esta abordagem. Se tentarmos tomar alguma coisa à parte, alguma coisa construída holograficamente, não obterá as peças da qual esta coisa é feita, obteremos apenas inteiros menores.

Assim, entendemos que a sociedade que gera violências é também gerada por elas e que as virtudes e vicissitudes estão presentes dialogicamente nas relações. Diversos autores procuraram realizar definições sobre a complexidade do tema da violência. Ferriani, Ribeiro e Reis (2004, p. 1) encaram a violência, *"como um fenômeno complexo, polissêmico e controverso, (...) que é perpetrada por indivíduos contra outros indivíduos, manifestando-se de várias maneiras, assumindo formas próprias de relações, pessoais, sociais, políticas ou culturais."*

Assinalam que a violência é "multifacetada", por assumir diversas facetas, diferentes maneiras de se gestar e de se mostrar. Nesse sentido, podemos refletir que a violência, enquanto um fenômeno social está presente nas instituições sociais, assim como na linguagem, nas brincadeiras, nos preconceitos, nas igrejas, nas famílias. A violência também é "polimórfica", ou seja, assume formas diversas em sua expressão.

Mas como se tece o fenômeno da violência doméstica contra os adolescentes? Quem são esses adolescentes? Eles existem? Onde estão? Como sabê-los?

Estas questões e reflexões nortearam nosso olhar sobre a compreensão do fenômeno das violências praticadas contra adolescentes e nos proporcionaram um mergulho na identificação de fatores que movem essa dinâmica social, assim como, possibilitaram investigar e compreender a malha de significações que envolvem as situações de violências

contra adolescentes, percebendo aproximações e distâncias que se efetivam no cotidiano do atendimento do adolescente violentado.

A idéia de uma ética do cuidado nas relações humanas implica numa concepção complexa de ser humano, de conhecimentos, de afetos, de reflexão sobre como afetamos e somos afetados em nossas trocas. Na multiplicidade de sentidos para o conceito de cuidado, acreditamos que a vida e o jogo das relações só sobrevivem se forem cercados de atenção e de desvelo, assim como, acreditamos que o cuidado provoca preocupação e faz surgir o sentimento de responsabilidade. Talvez seja este sentimento de responsabilidade que faça com que se rompam as barreiras do silêncio e se denuncie uma situação de violência. Durante a pesquisa observamos em muitos registros que o fenômeno da violência é reproduzido no seio das famílias como forma de disciplinamento, ou como estratégia educativa. Muitos pais acreditam que bater, falar mal, violentar é a forma correta de educar seus filhos e filhas para o mundo.

Foi possível perceber ainda que a escola tenha participação pequena nas notificações dos casos de violências domésticas contra crianças e adolescentes. Embora seja um local em que crianças e adolescentes estejam, ou pelo menos deveriam estar boa parte do dia, são poucos os casos que tem como denunciante o educador, mesmo garantido o anonimato. O número é ainda menor quando falamos propriamente do professor do adolescente. Quando questionado, em alguma entrevista ou conversa com o profissional do Programa Sentinela que procede ao diagnóstico do caso, pouco sabem, e alegam, como se observou em alguns relatos, não ter percebido nenhum comportamento "diferente", ainda que sutil, por parte de seu aluno ou aluna adolescente.

A invisibilidade do jovem no ambiente escolar e em seus projetos pedagógicos é uma situação que tem pautado muitas pesquisas sobre a questão da juventude. A distância entre a escola e a "escola da vida", como dizem muitos jovens, é uma das grandes responsáveis pelo acúmulo de insucessos escolares, sobretudo por parte dos estudantes mais empobrecidos, para quem essa distância se faz mais aguda (CORTI; FREITAS e SPOSITO, 2001, p. 8).

Desinteressante a escola pouco ensina sobre a ética do cuidado, como um princípio ontológico, a partir das experiências dos alunos. Que espaço de troca há numa sala de aula onde predomina o autoritarismo pedagógico do professor ou professora que teima em se manter inflexível ao seu olhar cristalizado e preconceituoso? Que espaço de diálogo há numa sala de aula no qual as idéias são postas como verdades inquestionáveis? Como "ensinar" direitos e deveres se há uma violação diária deles e que muitas vezes de tanto, se tornam banais?

Compartilhamos com Saramago (1996, p. 310), o seguinte diálogo que finaliza o livro *Ensaios sobre a Cegueira*: "Queres que te diga o que penso, Diz, Penso que não cegamos, penso que estamos cegos. Cegos que vêem, Cegos que vendo, não vêem".

Dos 193 casos registrados no Programa Sentinela de violências domésticas praticadas contra adolescentes, durante os anos de 2003 e 2004, apenas em oito deles foram registrados contato com a escola, a maioria na forma de visita institucional por parte dos profissionais do Programa, sendo que somente em dois desses casos foram os educadores que registraram a denúncia. O educador tem uma participação sofrível tanto na etapa de denúncia quanto na averiguação e levantamento de informações pelos profissionais do Programa. Por isto, acreditamos ser de fundamental importância que a escola esteja mais atenta ao que se passa no cotidiano das crianças e adolescentes que a freqüenta.

O convívio familiar afeta direta ou indiretamente o desempenho escolar dos estudantes. No entanto para que o educador sinta-se preparado para perceber maus-tratos sofridos pelos estudantes, ocorridos no ambiente familiar, é necessário que haja discussões sobre o

tema, que ainda é visto como um tabu ou como um assunto que não diz respeito à escola. Neste sentido, uma parceria dos educadores com os programas de atendimento às vítimas de violências, certamente contribuiria muito para que todas as etapas de auxílio à vítima fossem concretizadas, consolidando a rede de proteção à criança e ao adolescente.

O Projeto SERE da Secretaria de Estado de Educação de Santa Catarina apareceu como um dos recursos bastante utilizados pela equipe de profissionais do Programa Sentinela para localizar a família da criança e/ou do adolescente vitimizado. O sistema centraliza as informações de todas as escolas estaduais e municipais possibilitando a consulta de dados de qualquer unidade escolar sobre o cadastro dos alunos matriculados, transferidos e desistentes; registro das notas e freqüências; controle de aprovação e reprovação anual.

Não cabe mais ao educador argumentar que as questões das violências domésticas não fazem parte da escola, pois um educador ou educadora atenta pode fazer muita diferença no atendimento à criança e/ou adolescente. Mas compete aos educadores buscarem informações que contribuam para a reflexão e a desmistificação do tema, e aos órgãos e programas de proteção à criança e adolescentes vítimas de violências, contribuírem para a capacitação dos educadores.

Para finalizar ressaltamos que a temática é vasta, complexa e exige um olhar descristalizado. Compreendemos no decorrer desse estudo que a conscientização, principalmente dos educadores, sobre o universo da violência doméstica que adentra as escolas e salas de aulas, precisaria estar mais presente nos processos de formação inicial ou continuada.

Dentre outras questões, uma que precisa ser fundamentalmente considerada é a necessidade de sensibilizar e capacitar os educadores e demais profissionais da educação para formar alianças e parcerias dentro da própria rede de atendimento e com outras instituições destinadas ao bem estar das crianças e adolescentes, abrindo trilhas para refletir sobre as violências domésticas cometidas contra adolescentes, ainda tão veladas, pouco comentadas e discutidas, mas que se espraiem no nosso cotidiano a espera de uma postura ética que irrompa a barreira do silêncio e privilegie a defesa dos inalienáveis direitos de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

Abramovay, M. (2002). Violências nas escolas. Brasília: Unesco; Instituto Ayrton Senna.

Boff, L. (1999). Saber Cuidar – ética do humano, compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes.

Carvalho, M. P. De (1999). No coração da sala de aula*:* gênero e trabalho docente nas séries iniciais. São Paulo: Xamã.

Corti, A. P.; Freitas, M. V. de; Sposito, M. P. (2001). Encontro das culturas juvenis com a escola. São Paulo: Ação Educativa.

Elzirik, M. F. (2005). Michel Foucault: um pensador do presente. Ijuí: E. Unijuí.

Ferriani, M. das G. C.; Ribeiro, M. A.; Reis, J. N. dos (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.20, n.2, mar./abr.

Gramsci, A. (1987). Concepção dialética da história. 7.ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira.

Maturana, H. (2002). Emoções e linguagem na educação e na política. 3.ª ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG.

Pereira, R. (2006). Como a escola vivencia as manifestações de violências? Florianópolis: Centro

de Ciências da Educação/UDESC. Monografia Curso de Especialização em Metodologia de Atendimento à Criança e Adolescente em Situação de Risco.

Saramago, J. (1996). Ensaios sobre a cegueira. São Paulo: Companhia das Letras.

Sposito, M. (2002). Juventude e escolarização (1980-1998). Brasília/DF: MEC/INEP/COMPED. Série: Estado do Conhecimento, n.º 7.

Zaluar, A. (1998). "Pra não dizer que não falei de samba: os enigmas da violência no Brasil". In: Schwarcz, Lilia Moritz (org.). *História da vida privada no Brasil:* contrastes da intimidade contemporânea. São Paulo: Companhia das Letras.

Com o apoio:

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR