

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO AVANÇADA

**A Educação para a Saúde nas Crianças e nos Jovens numa Escola de
Ensino Básico: Contributos Sociológicos para uma Vida Saudável**

Tese elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia

Orientada por

Professor Doutor Francisco Martins Ramos

Ana Paula Pires Rodrigues Belo

ÉVORA
Abril 2012

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO AVANÇADA

**A Educação para a Saúde nas Crianças e nos Jovens numa Escola de
Ensino Básico: Contributos Sociológicos para uma Vida Saudável**

Tese elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia

Orientada por

Professor Doutor Francisco Martins Ramos

Ana Paula Pires Rodrigues Belo

ÉVORA
Abril 2012

RESUMO

Título: *“A Educação para a Saúde nas Crianças e nos Jovens numa Escola de Ensino Básico: Contributos Sociológicos para uma Vida Saudável”*.

Este estudo centra-se na educação para a saúde, concretizado por uma abordagem qualitativa e quantitativa numa Escola EB 2/3 do Fundão e concentrou os seus objectivos em conhecer as práticas de educação para a saúde efectuada na Escola; identificar nos alunos e pais conhecimentos adquiridos e respectiva aplicação; descrever os factores sociais que influenciam os estilos de vida e apresentar propostas de intervenção.

Os resultados obtidos sugerem que as práticas usuais de educação para a saúde são adequadas e facilitadoras para a aprendizagem de comportamentos saudáveis. Todos reconhecem que a educação para a saúde é fundamental. Os pais apontam a necessidade em aplicar devidamente os conhecimentos adquiridos.

Os alunos evidenciam alguns conhecimentos. Revelam fragilidades e, nalguns casos, demonstram comportamentos inadequados. Os professores e profissionais de saúde manifestam preocupação porque os alunos não aplicam os conhecimentos ministrados.

Palavras-chave: Educação para a Saúde. Promoção da Saúde. Vida Saudável. Estilos de Vida. Ensino-Aprendizagem.

ABSTRACT

Title: *“A Health Education for Children and Teenagers in the Basic School: Sociological Contributions for a Healthy Lifestyle”.*

This study focuses on education for health, it was carried out by a qualitative and quantitative approach at an EB 2/3 School in Fundão and focused its aims in becoming acquainted with health education practices carried out at the school; identifying in pupils and parents the acquired knowledge and respective application; describing social factors that influence lifestyles and presenting intervention proposals.

The obtained results suggest that common practices are appropriate and facilitators. All recognize that education for the health is essential. Parents point out the need to apply the acquired knowledge.

Students show some knowledge. They disclose fragilities and, in some cases, they demonstrate inadequate behaviours. Teachers and health professionals reveal concern because students do not apply the given knowledge.

Keywords: Health Education. Health Promotion. Healthy Lifestyle. Lifestyle. Teaching – Learning.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho deve-se à colaboração de algumas pessoas a quem eu quero expressar o meu profundo reconhecimento e agradecimento. Ao meu orientador, Professor Doutor Francisco Martins Ramos, pela ajuda, pelo apoio, pelo estímulo, pelo conhecimento científico que me transmitiu e pelas reflexões pertinentes que me proporcionou. O meu bem-haja pelo interesse, pela entrega, pelo incentivo e pela tão grande disponibilidade que sempre demonstrou.

Agradeço à Directora da EB 2/3 Serra da Gardunha, Dr.^a Cândida Brito, pela colaboração, simpatia e disponibilidade dispensada desde o início do trabalho. A todos os participantes que se dignaram em responder ao inquérito por questionário e a todos os que se prontificaram em ser entrevistados, a minha gratidão. Obviamente, sem eles não era possível a concretização deste trabalho.

A todos aqueles que directa ou indirectamente me deram força e ânimo, fica aqui registado o meu profundo agradecimento.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APF – Associação para o Planeamento de Família

DGCSP – Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários

EB – Ensino Básico

ERC/ISCTE – Estudo de Recepção dos Meios de Comunicação Social/Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Freq. Abs. UR – Frequência Absoluta das Unidades de Registo

Freq. Abs. UE – Frequência Absoluta das Unidades de Enumeração

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pais dos Alunos

PE – Professor da Escola

PS – Profissional de Saúde

WHO – World Health Organization

Vive

"Vive, dizes, no presente,

Vive só no presente.

Mas eu não quero o presente, quero a realidade;

Quero as cousas que existem, não o tempo que as mede.

O que é o presente?

É uma cousa relativa ao passado e ao futuro.

É uma cousa que existe em virtude de outras cousas existirem.

Eu quero só a realidade, as cousas sem presente.

Não quero incluir o tempo no meu esquema.

Não quero pensar nas cousas como presentes; quero pensar nelas como cousas.

Não quero separá-las de si-próprias, tratando-as por presentes.

Eu nem por reais as devia tratar.

Eu não as devia tratar por nada.

Eu devia vê-las, apenas vê-las;

Vê-las até não poder pensar nelas,

Vê-las sem tempo, nem espaço,

Ver podendo dispensar tudo menos o que se vê.

É esta a ciência de ver, que não é nenhuma" (Alberto Caeiro)

"Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença; em caso contrário, abstém-te de o ajudar" (Sócrates)

ÍNDICE	Pág
INTRODUÇÃO	13
PARTE I	
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONCEPTUAL	
1. A EDUCAÇÃO NO BINÓMIO SAÚDE-DOENÇA – PROBLEMA SOCIAL CONTEMPORÂNEO	21
1.1. Determinantes da Saúde	33
1.2. Os Comportamentos na Saúde	37
1.3. A Socialização, os Estilos de Vida e a Comunicação	45
2. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	50
2.1. A Motivação na Educação para a Saúde	54
2.2. O Percorso da Educação para a Saúde	58
2.2.1. Finalidades da Educação para a Saúde	61
2.3. Teorias e Modelos – da Aprendizagem e de Educação para a Saúde	64
2.4. Métodos de Educação	80
2.4.1. A Importância das Metodologias Pedagógicas Participativas	83
2.4.1.1. A Educação pelos Pares	86
2.5. Áreas da Educação para a Saúde	90
3. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – UMA ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR	95
3.1. A Significação da Sociedade e do Interaccionismo Simbólico na Educação para a Saúde	106
PARTE II	
QUESTÕES METODOLÓGICAS	
1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DE ESTUDO	112
2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E OPÇÃO METODOLÓGICA	115
2.1. Tipo de Estudo	115
2.2. População Alvo – Os Critérios e Os Procedimentos de Selecção	117
2.3. Processo de Recolha de Informação: Inquérito por Questionário e Inquérito por Entrevista	118
2.3.1. Instrumentos de Recolha de Informação e sua Aplicação	119
3. ANÁLISE DOS DADOS	123
PARTE I	
ANÁLISE QUANTITATIVA DOS INQUÉRITOS POR QUESTIONÁRIO	
3.1. Caracterização da população por Género e Idade	125
3.2. Caracterização da população por Ano de Escolaridade e Agregado Familiar	126
3.3. Caracterização da população segundo o Auxílio que o Aluno tem Durante o Estudo e a Necessidade em Falar sobre Assuntos de Saúde com os Pais ou Outros Familiares	126

3.4. Caracterização da população segundo as Situações Mais Frequentes Onde o Aluno obtém Informação	127
3.5. Caracterização da população segundo a Realização de Sessões de Educação para a Saúde	128
3.6. Caracterização da população segundo a Frequência das Sessões de Educação para a Saúde	128
3.7. Caracterização da população segundo os Temas Mais Frequentes	129
3.8. Caracterização da população segundo o Gosto pelos Momentos de Informação	129
3.9. Caracterização da população segundo a Compreensão das Informações	129
3.10. Caracterização da população segundo a Razão da Não Compreensão da Informação	130
3.11. Caracterização da Promoção da Saúde realizada na Escola	131
3.12. Caracterização da população segundo a Informação Recebida e o Posterior Comentário com Outros Indivíduos e Aplicação na Vida Diária dos Conhecimentos Adquiridos	131
3.13. Caracterização da população segundo os Bons Hábitos de Vida para se Manter Saudável	132
3.14. Caracterização da população segundo a Preocupação com o Meio Ambiente	132
3.15. Caracterização da população segundo o Costume de Fumar Cigarros e Beber Bebidas Com Álcool	132
3.16. Caracterização da população segundo o Consumo de Alimentos Pouco Saudáveis, Exercício Físico Praticado e a Higiene Efectuada Diariamente	132
3.17. Caracterização da população segundo a Preocupação em Separar os Lixos	132
3.18. Caracterização da população segundo o Incentivo dos Educadores	133
3.19. Caracterização da população segundo a Importância do Ensino sobre Assuntos Relacionados com Estilos de Vida Saudável	133
3.20. Caracterização da população segundo a Atracção para Fazer Algo Positivo ou Negativo que Viu num Filme, na Televisão, Ouviu numa Música ou que Leu numa Revista	133
3.21. Caracterização da população segundo as Situações que Mais Influenciam o Aluno	133
3.22. Caracterização da população segundo a Opinião sobre Afirmações Relacionadas com a Saúde	134
3.23. Apresentação e Análise do Cruzamento de Algumas Variáveis	139

PARTE II	
3.24. ANÁLISE QUALITATIVA DOS INQUÉRITOS POR ENTREVISTA ATRAVÉS DA TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	154
3.24. A. Entrevistas aos Pais dos Alunos	157
3.24. B. Entrevistas aos Professores da Escola	170
3.24. C. Entrevistas aos Profissionais de Saúde	187
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	201
4.1. Inquéritos por Questionário	201
4.1.A. Perfil Sócio-Demográfico da População Estudada	201
4.1.B. Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde na Escola em Estudo	205
4.1.B.1. Caracterização da População segundo a Realização de Sessões de Educação para a Saúde	211
4.1.C. Conhecimentos Adquiridos, sua Aplicação, Motivação e Interesse Revelado para ter Hábitos de Vida Saudáveis	216
4.1.D. Identificação de Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida	221
4.1.E. Caracterização da População segundo a Opinião sobre Afirmções Relacionadas com a Saúde	228
4.2. Inquéritos por Entrevista	234
4.2.A. Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática	237
4.2.B. Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida	241
4.2.C. Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde	245
5. CONCLUSÕES E PROPOSTAS	249
5.1. Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde	263
5.1.1. Enquadramento e Objectivo Principal	264
5.2. Objectivos	265
5.3. Temáticas Prioritárias	265
5.4. Metodologia	266
5.5. Estratégias de Acção	266
5.5.1. Gabinete para Alunos: Gabinete Vida Feliz	267
5.5.2. Escola de Pais: Vamos Aprender Saúde	274
5.5.3. Construir <i>Kit's</i> em Educação Para a Saúde	278
5.6. Avaliação do Projecto	279
5.7. Considerações Finais	279
6. BIBLIOGRAFIA	281
6.1. WEBGRAFIA	298

ANEXOS

Anexo 1. Pedido de Autorização à Presidente da Comissão Executiva

Anexo 2. Questionário aos Alunos

Anexo 3. Guião das entrevistas e lista de perguntas para os Pais

Anexo 4. Guião das entrevistas e lista de perguntas para os Professores

Anexo 5. Guião das entrevistas e lista de perguntas para os Profissionais de Saúde

ÍNDICE DE GRÁFICOS	Pág.
Gráfico 1. Caracterização da população por Idade	125
Gráfico 2. Caracterização da população por Ano de Escolaridade	126
Gráfico 3. Caracterização da população segundo a frequência das sessões de educação para a saúde realizadas na escola	128
Gráfico 4. Caracterização da população segundo a razão da não compreensão da informação	130
Gráfico 5. Não interessa aquilo que como desde que me sinta satisfeito	134
Gráfico 6. A minha saúde depende muito dos hábitos de vida que tenho	135
Gráfico 7. Fazer exercício físico ajuda-nos a ser mais inteligentes e activos	135
Gráfico 8. Oiço os conselhos dos meus familiares e sigo-os	136
Gráfico 9. Os meus pais têm por hábito perguntar-me como correu o meu dia e o que fiz	136
Gráfico 10. Os meus pais dão-me dinheiro para levar para a escola para comer e compro guloseimas	137
Gráfico 11. Quando vou com os meus pais às compras dou a minha opinião sobre alimentos saudáveis	137
Gráfico 12. Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda	138

ÍNDICE DE QUADROS	Pág.
Quadro 1. Comparação entre Educação para a Saúde e Ensino de Saúde	61
Quadro 2. Grelha de Análise das Entrevistas aos Pais dos Alunos	157
Quadro 3. Frequência dos Temas Abordados pelos Pais	159
Quadro 4. Frequência dos Temas que os Pais Acham Importante Abordar na Escola	160
Quadro 5. Grelha de Análise das Entrevistas aos Professores da Escola	170
Quadro 6. Grelha de Análise das Entrevistas aos Profissionais de Saúde	187
Quadro 7. Apresentação da Opinião dos Alunos sobre Afirmações Relacionadas com a Saúde de Carácter Positivo e Carácter Negativo	229
Quadro 8. Grelha de Análise das Entrevistas aos Pais dos Alunos, Professores e Profissionais de Saúde	235
Quadro 9. Grelha de Análise das Entrevistas aos Professores e Profissionais de Saúde	236

ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1. Relação entre a “Idade” e “Durante o período escolar vive com quem?”	139
Tabela 2. Relação entre a “Idade” e “Quando está no momento do estudo é auxiliado por outra pessoa?”	140
Tabela 3. Relação entre a “Idade” e “Costuma sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outros familiares?”	142
Tabela 4. Relação entre o “Género” e “Costuma sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outros familiares?”	143
Tabela 5. Relação entre a “Idade” e “Os meus pais têm por hábito perguntar-me como correu o meu dia e o que fiz”	144
Tabela 6. Relação entre a “Idade” e “Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda”	145
Tabela 7. Relação entre o “Género” e “Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda”	145
Tabela 8. Relação entre a “Idade” e “Oíço os conselhos dos meus familiares e sigo-os”	146
Tabela 9. Relação entre o “Género” e “Oíço os conselhos dos meus familiares e sigo-os”	147
Tabela 10. Relação entre “Considera que tem bons hábitos de vida para se manter saudável?” e “Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?”	148
Tabela 11. Relação entre “Costuma sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outros familiares?” e “Acha importante que lhe seja ensinado assuntos relacionados com estilos de vida saudável?”	149
Tabela 12. Relação entre “Costuma fumar cigarros?” e “Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?”	151
Tabela 13. Relação entre “Costuma beber bebidas com álcool?” e “Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?”	152
Tabela 14. Relação entre “Costuma comer alimentos pouco saudáveis (batatas fritas, guloseimas, refrigerantes, etc.)?” e “Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?”	152

INTRODUÇÃO

Este estudo, subordinado ao título – A Educação para a Saúde nas Crianças e nos Jovens numa Escola de Ensino Básico: Contributos Sociológicos para uma Vida Saudável – destina-se à obtenção do grau de doutor em Sociologia na Universidade de Évora.

Para a concepção deste trabalho, tracei inicialmente um caminho que já se perspectivava extenso e complexo. Conduzi-me passo a passo, fui lançando olhares, construindo uma visão mais concreta sobre o complicado contexto onde se insere a educação para a saúde e todas as suas vertentes. Adoptei como ponto de partida a actualidade nas questões e discussões sobre saúde e estilos de vida, e consoante progredia nas leituras auxiliada pela experiência prática vivida fui criando o objecto de estudo, delineando o protótipo daquilo que é agora o estudo real. Percorri muitas páginas de livros, de documentos, de revistas, de sítios na Internet, de textos.

Nas inúmeras reflexões sobre a temática, coadjuvada pelo meu orientador, aceitando as suas sugestões e críticas, fui confrontando perspectivas e paradigmas e ponderei definições de saúde, de educação para a saúde, de modelos e métodos, relacionando-os com as pessoas, os comportamentos, a motivação, a família, a sociedade e os estilos de vida, bem como as estratégias de promoção da saúde na saúde escolar e a significação da sociedade e do interaccionismo simbólico na educação para a saúde.

Baseada no reconhecimento de que a saúde é um objectivo social de primeira importância e que é prioritária a criação de ambientes favoráveis à saúde e o desenvolvimento de habilidades individuais e concordando com Mahler (1980), que a saúde para todos significa que o bem-estar começa em casa, na Escola e na fábrica, onde as pessoas vivem e trabalham e o bem-estar acontece ou se perde. Em todos os locais de permanência a saúde deveria ser considerada como suprema finalidade, mas é na Escola - um poderoso agente de socialização – que se detém o enfoque do meu olhar porque identifiquei nela um conjunto de desafios que hoje se colocam a todos os intervenientes na saúde das crianças e jovens.

Ao desenvolver o tema educação para a saúde, pretendeu-se evidenciar o papel importante que aquela desempenha na promoção da mesma. É

fundamental que os indivíduos que são alvo de acções de educação para a saúde se sintam mais profundamente implicados na mudança de atitudes e estilos de vida e que não descurem esta área fundamental e que adquiram mais conhecimento, mais informação, mais instrução e conseqüentemente mais educação em saúde para que escolham os melhores caminhos para crescer e se desenvolver.

É necessário despertar o interesse e a participação dos indivíduos, da família e da comunidade, de início talvez surpresos e contrariados por se encontrarem mais motivados para os cuidados curativos e só posteriormente para a promoção de estilos de vida saudáveis.

O indivíduo educado, do ponto de vista da saúde, não é aquele que conhece e compreende as normas sanitárias, mas o que as aceita e age de acordo com elas tendo em vista o próprio bem e o dos outros. Assim e posto isto, há necessidade do indivíduo interiorizar a noção de interligação e de responsabilidade com a vida. Só assim se poderão recriar as condições de saúde, que o Homem necessita para viver com saúde (San Martin, 1989).

Um indivíduo, uma família ou uma comunidade que são conhecedores das «vias saudáveis» e que tenham sobretudo consciência da responsabilidade com a vida, terão concerteza Saúde e Qualidade de Vida.

Neste estudo abordou-se a aprendizagem em educação para a saúde na generalidade dos seus assuntos (sexualidade, higiene geral e oral, cidadania, saúde ambiental, saúde familiar, outros tipo de aprendizagem, que não aquelas efectuadas por profissionais de saúde como sejam as leituras e através da publicidade ou Internet).

Ao longo do ciclo de vida, crianças e adolescentes passam grande parte do seu tempo na Escola, reconhecendo-se, actualmente, que este espaço e tempo contém potencial educativo para além da sua missão máxima, expressa na definição da Lei de Bases do Sistema Educativo “ (...) *pela garantia de uma permanente acção formativa orientada para favorecer o desenvolvimento global da personalidade, o progresso social e a democratização da sociedade*” (Decreto-Lei nº 49, de 30 Agosto, 2005:5124).

Assim, a Escola deve ter um papel dinâmico e essencial na educação das crianças e jovens nas várias dimensões. Destaca-se a dimensão da saúde,

peçoal e colectiva, pela sua fundamental importância no desenvolvimento absoluto de cada ser humano ao longo da vida.

É do conhecimento geral a importância dos primeiros anos de vida na aquisição e interiorização de valores, princípios e crenças pelas crianças e jovens, na vivência diária com os diversos agentes implicados no seu processo de socialização e educação. Assim, destaca-se a infância e a adolescência como os períodos, enquanto fases do desenvolvimento, determinantes na construção de hábitos e comportamentos sadios, onde a Escola deve desempenhar o papel activo de promotora da saúde.

Existe uma área de conhecimento da Saúde Pública – a Saúde Escolar – que assenta nos dois pilares fundamentais da promoção do sucesso pessoal, profissional e social: a Educação e a Saúde, concorrendo numa relação harmónica, que reclama de maior representação e visibilidade, propondo ganhos em saúde a médio e longo prazo, das crianças e adolescentes.

Sabe-se que a transição da infância para a idade adulta é influenciada por diferenças culturais e socioeconómicas. A adolescência é o tempo de tomar decisões sem pedir opinião, ser independente e não permitir ser tratado como criança. A família, a Escola e os amigos são agentes de socialização e interagem no seu desenvolvimento.

Em termos de desenvolvimento cognitivo, a adolescência traz a capacidade de reflectir sobre conceitos abstractos, permitindo ao adolescente pensar e ver o mundo de forma diferente, questioná-lo, desenvolver regras e valores pessoais. Esta é, por isso, também, uma época indispensável para a aprendizagem de comportamentos promotores da saúde.

“Today’s adolescents are tomorrow’s parents, teachers and community leaders. What they learn they will teach to their own children”¹ (OMS, 2002:7).

A prevenção e intervenção no controlo dos comportamentos de risco são um investimento que se reflecte nos estados de saúde actuais, mas também nos das sociedades futuras. Se é na juventude que se iniciam muitos dos comportamentos de risco, não será então pertinente actuar preventivamente nesta fase?

¹ “Os adolescentes de hoje serão amanhã pais, professores e líderes comunitários. O que eles aprenderem irão ensinar às suas próprias crianças.”

Ao longo do tempo, fui adquirindo conhecimentos e compreensão sobre as dimensões fundamentais que a educação para a saúde deve conter e desenvolvendo preocupações com questões relacionadas com todos estes aspectos. É por todas as razões expostas que se justifica a investigação que efectuei. Surgiu então a ideia de fazer um estudo, concretizado por uma estratégia de abordagem metodológica dual, isto é, qualitativa e quantitativa, onde concentrei o interesse em identificar e compreender a educação para a saúde que é realizada na Escola do 2º e 3º ciclo do Agrupamento de Escolas do Ensino Básico 2/3 Serra da Gardunha do Fundão e qual a percepção que os alunos, pais dos alunos, professores e profissionais de saúde têm sobre esta temática.

Assim, o objecto de estudo é a perspectiva para a adopção de comportamentos positivos para a saúde relacionada com os conhecimentos adquiridos a fim de melhor compreender a sua influência nas condutas de saúde dos jovens, bem como a importância da transversalidade do papel social na aquisição de estilos de vida, confrontado com o papel fundamental do interaccionismo simbólico na aprendizagem.

Para orientar a pesquisa, formularam-se questões de investigação e delineararam-se objectivos.

Questões de investigação:

- Qual o nível de conhecimentos e que aplicação fazem os pais dos alunos sobre assuntos relacionados com a saúde?
- Como é que os alunos aplicam os conhecimentos adquiridos em educação para a saúde?
- Quais os factores sociais que influenciam a adopção de estilos de vida saudáveis?
- Como se processa a intervenção dos profissionais de saúde no âmbito da educação para a saúde?
- Como melhorar a qualidade e a eficácia dos processos de educação para a saúde?

Na sequência das questões referidas, foram definidos os objectivos que a seguir se enunciam:

Objectivo Geral:

- Descrever e analisar a importância da educação para a saúde como factor de transformação social.

Objectivos Específicos:

- Conhecer as práticas usuais de educação para a saúde efectuada na Escola, veiculadas por professores, profissionais de saúde e outros especialistas.

- Identificar nos alunos e pais conhecimentos adquiridos e as perspectivas sobre a educação para a saúde e respectiva aplicação.

- Descrever os factores sociais que influenciam a adopção de estilos de vida saudáveis nas famílias.

- Apresentar propostas de intervenção no sentido de melhorar a qualidade e eficácia dos processos de educação para a saúde na Escola.

A minha intenção é conhecer as práticas usuais de educação para a saúde efectuadas na Escola seleccionada, veiculadas por professores e profissionais de saúde, percebendo quais os conhecimentos adquiridos e sua aplicação na prática para ter hábitos de vida saudáveis e descrever os factores sociais que influenciam a adopção de estilos de vida nas famílias. Estes são os aspectos que me propus estudar recorrendo a uma perspectiva conceptual multidisciplinar, dando ênfase aos aspectos sociológicos, sem descurar a contribuição de outras áreas como a educação, a psicologia, a psicologia social, a saúde e a comunicação.

A fim de tentar compreender o significado que os alunos, os pais dos alunos, os professores e os profissionais de saúde atribuem às preocupações subjacentes às questões e objectivos formulados e, no sentido de obter reacções naturais e verdadeiras, baseadas nas suas vivências reflectidas, optou-se por pedir aos alunos que respondessem a um inquérito por questionário e aos restantes participantes no estudo que respondessem a um inquérito por entrevista. É a educação para a saúde e a forma como os intervenientes a percebem e a praticam que constituem as principais preocupações deste estudo.

Sabendo que a base principal desta pesquisa se centra na problemática da educação para a saúde, organizei a apresentação da estrutura formal deste relatório em quatro capítulos, pretendendo neles expor e reflectir os momentos fulcrais da investigação realizada.

A Introdução, indica de uma forma geral as razões que me levaram a aprofundar este assunto e o que me proponho investigar. Descrevo, ainda que resumidamente, alguns aspectos da problemática em causa e do processo metodológico.

O primeiro capítulo – a Fundamentação Teórica e Conceptual – é constituído por três pontos, onde procuro alicerçar e justificar teoricamente a temática, em consonância com o problema em estudo, abordando aspectos relacionados com a educação no binómio saúde-doença, os comportamentos e determinantes da saúde, teorias e modelos da aprendizagem e de educação para a saúde, importância das metodologias pedagógicas participativas, a educação pelos pares, a socialização e os estilos de vida, a motivação na educação para a saúde, as finalidades da educação para a saúde, a educação para a saúde como uma estratégia para a promoção da saúde na saúde escolar e o diálogo da sociedade e do interaccionismo simbólico na educação para a saúde.

Este capítulo permitiu localizar-me de uma forma bastante consubstanciada nos quadros teóricos e analíticos, possibilitando-me a percepção não só sobre as abordagens e métodos a desenvolver, como também sobre formas de classificação e apresentação à *posteriori* da informação. Ajudou-me a estabelecer um quadro teórico para servir de base à análise e interpretação dos dados.

O estudo empírico que se encontra no segundo capítulo está organizado por vários pontos que seguidamente se explicitam.

O primeiro ponto trata da problemática e dos objectivos de estudo. No segundo, abordo a metodologia, descrevo o tipo de estudo (investigação qualitativa e quantitativa de natureza descritiva), a população abrangente e as estratégias de selecção da amostra da população participante (alunos, pais dos alunos, professores dos alunos e profissionais de saúde). Ainda no segundo ponto enuncio o processo de recolha de dados (através de inquéritos por questionário e inquéritos por entrevista).

No terceiro ponto apresento a análise dos dados. Dividi este ponto em três partes. Na primeira parte analisa-se e interpreta-se quantitativamente os dados referentes ao inquérito por questionário realizado aos alunos. Uma análise feita através de alguns gráficos; na segunda parte a análise qualitativa

dos inquéritos por entrevista, em que se optou pela técnica de análise de conteúdo; na terceira parte correlacionaram-se alguns dados, aqueles que penso serem os mais pertinentes e que auxiliam nas conclusões.

No terceiro capítulo discutiram-se os resultados e no quarto apresentam-se as conclusões, sugestões e ainda uma Proposta de Intervenção no sentido de melhorar a qualidade e eficácia dos processos de educação para a saúde na Escola.

É um trabalho fundamental e significativo para a minha prática profissional e o seu propósito é, essencialmente, poder ser mais um contributo para a reflexão dos actores que estão envolvidos em todo o processo de educar em saúde. É minha intenção poder vir a partilhar os resultados com todos aqueles que se interessam por esta área e, sobretudo, contribuir para a qualidade e coerência de vida dos jovens, pois *“quanto mais elevado for o sentido de coerência das pessoas, mais aptas se encontram quer para resistir a factores adversos intrínsecos e extrínsecos, quer para intervir sobre o ambiente em que vivem através do exercício efectivo de participação”* (Navarro, 1999:20).

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONCEPTUAL

1. A EDUCAÇÃO NO BINÓMIO SAÚDE-DOENÇA – PROBLEMA SOCIAL CONTEMPORÂNEO

A Sociologia tem muitas implicações práticas permitindo que olhemos para o mundo social a partir de muitos pontos de vista. Por um lado, se conhecermos correctamente o modo como os outros vivem, adquirimos uma melhor compreensão dos seus problemas e por outro, auto-consciencializamo-nos, ou seja, *“Quanto mais sabemos acerca das razões pelas quais agimos como agimos, e como funciona, de uma forma global, a nossa sociedade, mais provável é que sejamos capazes de influenciar o nosso futuro”* (Guiddens, 2002-a:32). Para Durkheim, a Sociologia para se tornar científica teria que *“estudar factos sociais, aspectos da vida social que moldam as nossas acções enquanto indivíduos”* (Guiddens, 2002-a:25).

À Sociologia interessa-lhe a actividade humana, essencialmente, enquanto jogo de interacções entre actores sociais (Esteves e Fleming, 1985). Isto é, a leitura da realidade social incidirá sobre a análise dos comportamentos humanos tentando encontrar neles as determinantes sociais. Estuda a vida social humana, grupos e sociedades e a sua esfera de acção, ou seja, o seu objecto de estudo pode ir da análise de encontros casuais entre pessoas que se juntam nas ruas, até à pesquisa de processos sociais globais (Giddens, 2002-a).

A Sociologia é produzida pela sociedade em que está inserida, isto porque as mudanças sociais têm-se repercutido no seu objecto de análise, bem como a nível dos seus instrumentos e conseqüentemente nos resultados obtidos. Assim, a atenção que a Sociologia dá aos vários temas de investigação tem a ver com a importância que a sociedade vai atribuindo a cada um dos seus problemas. Contudo, a Sociologia como ciência social que pretende explicar cientificamente a realidade social, deverá reconduzir o que os agentes sociais dizem, pensam e fazem aos seus saberes, interesses e recursos. Este é um dos principais contributos da Sociologia – uma melhor compreensão da vida social (Esteves e Fleming, 1985).

Há a salientar que a produção de conhecimento pós-moderno: *“É relativamente imetódico, constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica (...) era pequena ou mesmo nula a distância empírica entre o sujeito e o*

objecto (...) a distinção epistemológica obrigou a que esta distância fosse aumentada através do uso de metodologias de distanciamento: por exemplo, o inquérito sociológico, a análise documental e a entrevista estruturada” (Santos, 2003: 48-51).

Em primeiro lugar, a divisão do conhecimento na pós-modernidade parece ser temática e não disciplinar, ou seja, todo o conhecimento é local e total. Isto leva a que, na *praxis* interveniente, seja recomendável pensar globalmente para agir localmente (Santos, 2003). Ou seja, a dimensão subjectiva, tão arduamente combatida pelo paradigma dominante, ganha agora uma nova importância fundamental. O mesmo autor afirma mesmo que *“todo o conhecimento é auto-conhecimento”* (Santos, 2003:50).

A ciência pós-moderna, ao saber que nenhuma forma de conhecimento é racional em si mesma, procura a racionalidade pelo diálogo com outras formas de conhecimento, pois *“só a configuração de todas elas é racional”* (Santos, 2003:55). Numa inversão completa dos papéis definidos pelo paradigma dominante, agora é o senso comum que se considera a forma de conhecimento mais importante, pois é ele que, no quotidiano, orienta as nossas acções e a nossa compreensão da realidade. Refere ainda o mesmo autor: *“A ciência pós-moderna procura reabilitar o senso comum por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo”* (Santos, 2003:56). E assim este paradigma torna-se imprescindível para a sociologia pelos motivos acima referidos e porque neste paradigma o conhecimento é total, *“tem como horizonte a totalidade universal (...) ou a totalidade indivisa (...) mas também local”* (Santos, 2003:47).

O conhecimento em saúde pode ser apontado como um bom exemplo deste novo tipo de construção de saber. Resulta de uma dialéctica permanente entre a sua prática interveniente e o referencial teórico que a enquadra.

A saúde é definida na constituição da Organização Mundial de Saúde em 1948 como: *“ Um estado de completo bem-estar físico mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade”*.

Esta definição envolve alguma complexidade porque o *“bem-estar social interliga as ideias de saúde individual e saúde colectiva e, a partir daí, recoloca-se a questão da saúde das sociedades”* (Barros, 2003:1).

É na sociedade que nascemos, vivemos, interagimos e comungamos e, é nesta que igualmente adoecemos, ou seja, desequilibramos a nossa cadência celular e conseqüentemente a harmonia física, mental e social. O autor anteriormente referido interroga-se: “*Qual é a possibilidade de atingir-se a saúde individual quando se vive no seio de uma sociedade doente em si mesma?*” (Barros, 2003:1). O conceito de saúde amplamente divulgado por todo o Mundo, foi alvo de análise e ponderação por parte de teóricos com opiniões diversas e até em algumas situações divergentes quanto ao significado a atribuir aos conceitos aí contidos, discordando entre si se pode ser ou não objectivamente definido ou se é apenas uma “*experiência vivencial individual e subjectiva...*” (Barros, 2003:1).

De facto, a “*história social das doenças nas sociedades europeias tem revelado que, em cada época, uma doença «domina a realidade da experiência e a estrutura das representações»*” (Carapinheiro, 1986:10). A referida autora remete-nos para a “*construção social da doença*” que “*permite traçar o quadro da realidade social das doenças em contextos histórico-sociais precisos: conjunto de doenças que tipificam cada sociedade em dado momento; a sua distribuição social (...) permite determinar os elementos de estruturação da identidade social do doente (...)*”. Esta estruturação é de elevada importância porque possibilita a “*construção social do estatuto do doente, relação social do doente com a doença, (...) níveis de descoincidência entre a “doença do doente” e a “doença do médico” e possibilidades de afirmação da perspectiva do doente*” (Carapinheiro, 1986:10).

A citada autora coloca uma questão pertinente sobre a análise dos conceitos saúde e doença: “*Não será que a análise dos conceitos de saúde-doença implica resgatar a relação indivíduo-sociedade ao silêncio a que foi votada nas lógicas sociais dominantes, na sequência da metáfora “saúde, silêncio dos órgãos?”*” (Carapinheiro, 1986:11).

Não há definição universal de saúde. Todos temos uma saúde que nos é particular e ter saúde implica também que o indivíduo goze e percepcione o pleno bem-estar físico, mental e social. Tem que, por isso, fazer-se também a distinção em três situações que podem acontecer: o indivíduo ter uma patologia específica (*Disease*), o indivíduo sentir-se doente (*Illness*) e o indivíduo adoptar

o estatuto de não saudável, ou seja, comportar-se como doente (*Sickness*) (Cockerham, 2002).

A medicina e os serviços de saúde continuam a focar a sua preocupação nas doenças, com enfoque físico/orgânico, e em geral não se conseguem libertar do limitativo binómio saúde/doença e do modelo cartesiano que separa o corpo da mente. Em Sociologia, a saúde e a “normalidade” têm variado no decurso da história e *“o controle da doença não repousa apenas sob os processos médicos e medicalizantes. Os trabalhos (...) têm vindo a estabelecer claramente as relações existentes entre taxas de mortalidade, morbilidade (...) com as classes sociais, modelos de urbanização, estilos e ritmos de vida e outros aspectos de organização social”* (Carapinheiro, 1986:19).

Sabe-se hoje que noções como as de saúde e doença, aparentemente simples, se referem, de facto, a fenómenos complexos que conjugam factores biológicos, sociológicos, económicos, ambientais e culturais. A complexidade do objecto, assim definido, transparece na multiplicação de discursos sobre a saúde que coexistem actualmente, cada um privilegiando diferentes factores e sugerindo estratégias de intervenção e de pesquisa também diversas. Assim, refere-se que a saúde abrange cinco dimensões: saúde emocional, saúde intelectual, saúde espiritual, saúde física e saúde social, abrangendo esta última as relações com os amigos, família e comunidade (Cockerham, 2002).

A transformação do processo saúde – doença na dimensão colectiva ou social na actualidade, é um campo de pesquisa muito vasto no interior das ciências humanas, em especial da Sociologia da Saúde, que examina o padrão de morbilidade, isto é, tanto os factores psicológicos, como os sociais, a origem das doenças crónicas, tal como as doenças coronárias, cancros e diversas formas do que comumente se denominam patologias mentais.

As causas mais comuns de doença e morte em qualquer época são determinadas pelas condições de vida predominantes. Pensa-se que, para além destas conjunturas, há sempre também uma relação com os estilos de vida que se adoptam.

A Sociologia da Saúde tem um *“campo de análise mais abrangente que tem a ver com a saúde individual e colectivamente considerada. (...) Aparece assim com uma perspectiva mais alargada a factos, estruturas e situações*

ligados à saúde e à doença e menos comprometida com enfoques particulares” (Carapinheiro, 1986:15).

A Sociologia da Saúde examina uma realidade e através da observação desta mesma realidade, consegue explicar ou elevar fenómenos considerados íntimos ou pessoais, a factos sociais. Como exemplo, o estudo de Durkheim referente ao suicídio – apesar de ser um acto íntimo, Durkheim encontra nele uma forte pressão social e consegue explicá-lo do ponto de vista sociológico. Deste modo, ele apresenta como o estudo dos comportamentos na sociedade, mesmo que individuais, não é reduzível ao estudo dos indivíduos, pois os comportamentos sociais não são só ditados pela vivência ou características pessoais. Assim, é de grande importância que, ao estudar as diversas realidades, a Sociologia da Saúde procure explicações sociológicas para a saúde e para a doença e quais as suas implicações para a vida social e tenta libertar-se do “restritivo binómio saúde/doença” e da catalogação em função de critérios apelidados de “normalidade”, pois em termos sociológicos a saúde e a “normalidade” têm variado ao longo da história, como já foi referido. A doença é uma «realidade construída» e o doente «uma personagem social».

Sabe-se que a doença como a encaramos hoje: *“É biocultural (...) a biologia humana ocupa-se num comércio contínuo com a cultura humana (...) doenças que tenham origem na mente, as mentes só operam no contexto de culturas e apenas produzem sintomas através de processos biológicos (...) as doenças surgem de inúmeras interações com um meio onde o social e o biológico estão constantemente misturados”* (Morris, 2000:95).

Assim, pode-se dividir o padrão de morbilidade em doenças crónicas e de evolução prolongada, doenças provocadas pelo envelhecimento e doenças psicossomáticas. No primeiro grupo incluem-se as doenças cardíacas, a diabetes, o cancro, a SIDA, etc.; no segundo grupo a osteoporose, síndromas degenerativos, as doenças cerebro-vasculares, Alzheimer, entre outras e no terceiro grupo o stress, a depressão, a toxicodependência ao álcool e às drogas, a fobia social, etc. (Giddens, 2002-b).

O sofrimento e os custos causados pelas doenças cardiovasculares são preponderantes, de tal forma que actualmente estas patologias podem ser consideradas como verdadeiras doenças sociais: doenças com génese e com repercussão social.

As doenças cardiovasculares (acidente vascular cerebral) e a doença coronária, com as suas graves implicações para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam a sua grande importância como problema de saúde pública. Por tudo isto, se justifica um plano de actuação organizado para evitar estas doenças e reduzir as incapacidades delas resultantes.

Sendo Portugal o país da União Europeia onde mais calorias se consomem e onde menos actividade física se pratica, pode-se afirmar que apresenta todos os potenciais factores de risco de doenças cardiovasculares com índices bastante alarmantes (Ministério da Saúde, 2004).

A população portuguesa apresenta algumas características de comportamentos pouco saudáveis e que contribuem para o aumento do risco de doença.

A evolução dos indicadores do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Dezembro de 2010) indica que:

- *A Percentagem de jovens dos 15 aos 24 anos que fuma diariamente, em Portugal Continental, aumentou e afastou-se das metas previstas para 2010: 13% para os rapazes e 5% para as raparigas. O aumento relativo foi mais acentuado para o sexo feminino (34,0%) do que para o sexo oposto (0,8%) (Ministério da Saúde:2010:10).*
- *Relativamente ao Consumo diário de tabaco estimou-se que 23,4% dos rapazes e 17,3% das raparigas dos 15 aos 24 anos fumem diariamente, tal como 38,5% dos homens e 20,5% das mulheres dos 25 aos 44 anos, 22,3% dos homens e 13,6% das mulheres dos 45 aos 64 anos e 24,0% dos homens e 0,6% das mulheres dos 65 aos 74 anos (Ministério da Saúde:2010:35).*
- *A Percentagem de jovens dos 15 aos 24 anos que bebeu alguma bebida alcoólica nos últimos 12 meses, em Portugal Continental, passou de 48,7% para 50,1% entre os rapazes e de 25,5% para 35,2% entre as raparigas (Ministério da Saúde:2010:10).*
- *A Percentagem da população que bebeu alguma bebida alcoólica nos últimos 12 meses foi estimada em 85,4% dos rapazes e 60,9% das raparigas dos 18 aos 24 anos, 83,5% dos homens e 54,8% das mulheres dos 25 aos 44 anos, 90,0% dos homens e 68,3% das mulheres dos 45 aos 64 anos e 84,0% dos homens e 34,0% das mulheres dos 65 aos 74 anos (Ministério da Saúde:2010:35).*
- *A Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos aumentou 1,6% em Portugal Continental entre 2004 e 2009, afastando-se da*

meta para 2010 (11,4 óbitos por 100 mil). Na Região Norte e, de um modo mais acentuado, no Algarve também se registou aumento da taxa de mortalidade. Nas restantes Regiões observou-se tendência oposta (Ministério da Saúde:2010:24).

- *A Percentagem de jovens dos 18 aos 24 anos com excesso de peso evoluiu desfavoravelmente em Portugal Continental, afastando-se das metas previstas para 2010: 5,0% para os rapazes e 3,5% para as raparigas. O acréscimo relativo foi mais pronunciado para jovens do sexo masculino (42,4%, correspondendo a um aumento de 6,6% para 9,4%) do que para as jovens (33,3%, aumentando de 4,5% para 6,0%) (Ministério da Saúde:2010:10).*
- *A Percentagem de jovens dos 18 aos 24 anos que é obesa aumentou em Portugal Continental, tanto para o sexo masculino (de 3,0% para 4,2%) como para o sexo feminino (de 2,3% para 3,4%) (Ministério da Saúde:2010:11).*
- *As estimativas obtidas para a Obesidade foram de 2,5% dos rapazes e 2,1% das raparigas dos 18 aos 24 anos, 23,4% dos homens e 9,2% das mulheres dos 35 aos 44 anos, 18,7% dos homens e 22,2% das mulheres dos 55 aos 64 anos e 18,1% dos homens e 40,4% das mulheres dos 65 aos 74 anos (Ministério da Saúde:2010:35).*

As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte em Portugal e quando comparadas com as de outros países da Europa, encontram-se em posição desfavorável.

As doenças cérebro-vasculares correspondem a quase metade das mortes associadas a doenças do sistema circulatório e apesar do significativo decréscimo de 44% entre 1986 e 1999, Portugal ainda tem a taxa de mortalidade mais elevada de toda a Europa. Em 1999, os dois países com a taxa de mortalidade padronizada mais elevada devido a esta causa de morte eram Portugal e a Grécia (OMS, 1999).

As doenças oncológicas constituem a segunda causa de morte, sendo o cancro gastro-intestinal o tipo de cancro mais frequente, em homens e mulheres. Os cancros do estômago e do intestino grosso são os de maior prevalência, mas enquanto que em relação ao primeiro caso se verificou uma descida na taxa de mortalidade, no segundo, houve um aumento de 1,3% entre 1986 e 1999. As doenças respiratórias, com a sua génese em factores ambientais são a terceira causa de morte em Portugal (INE, 2003).

A causa de morte mais comum nas mulheres é o cancro da mama seguida do cancro do cólon e recto. A primeira causa de morte mais comum

nos homens é o cancro do cólon e recto. Os acidentes e as suas consequências (traumatismos, lesões) são a principal causa de morte nas crianças e nos jovens a partir do 1º ano de vida e que geram também um grande número de deficiências e perda de funcionalidade.

Nos adultos, os acidentes de viação e os laborais, impõem custos elevados à vítima, família e sociedade e estão associados ao consumo excessivo de álcool (Ministério da Saúde, 2004).

Cerca de ¼ da mortalidade prematura (anos potenciais de vida perdida) nos homens é originada por causas externas, nomeadamente devido a acidentes automóveis (OMS, 1999). A taxa de mortalidade associada a acidentes automóveis era de 20/100000 no ano de 2000, o que constitui a mais elevada da Europa (EUROSTAT, 2002). O excesso de velocidade, as manobras perigosas e o elevado grau de álcool são consideradas as principais causas deste problema e têm sido objecto de legislação específica e de um reforço de medidas legislativas.

O HIV/SIDA está predominantemente associado ao consumo de drogas, à exclusão social e à reclusão em prisões e afecta um elevado número de jovens sexualmente activos, quer do sexo masculino, quer do feminino. Dos casos diagnosticados no ano de 2001, 572 casos (48%) correspondem a toxicodependentes e 494 casos (41%) surgem da população heterossexual.

A situação das principais determinantes em saúde reflecte o estilo de vida adoptado pela população, em geral, desde 1974. As diferenças de idade e do tipo de sexo em relação à adopção de estilos de vida resultam, desde logo, na elevada mortalidade provocada por causas externas e pelo consumo de tabaco entre os homens, por exemplo, mas provavelmente, irão ter um impacto futuro sobre a morbilidade e mortalidade (o número de mulheres fumadoras tem vindo a aumentar desde a década de 80).

A população portuguesa caracteriza-se por ter um elevado índice de consumo de álcool, um baixo índice de prática de exercício físico e por mudar rapidamente de hábitos alimentares (apesar do consumo de vegetais e fruta ser o mais alto da Europa e o consumo de gorduras ser o mais baixo) (Ministério da Saúde, 2004). O consumo *per capita* de álcool puro (bebidas destiladas) foi de 15,6 litros em 1999, um valor acima da média europeia – 11,7 litros. Metade deste valor equivale ao consumo de vinho (OMS, 2002).

Todas as doenças que têm uma base psico-emocional estão na ordem do dia e constituem sem dúvida uma fatia considerável das doenças actualmente em moda.

A evolução dos indicadores do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Dezembro de 2010) indica que:

- *O Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado SNS em ambulatório tem registado uma evolução contrária à pretendida. Entre 2004 e 2009 verificaram-se aumentos no consumo em Portugal Continental e em todas as Regiões. A Região do Algarve é a que apresenta menores consumos (109,9 DDD/1000hab/dia) (Ministério da Saúde, 2010:31).*

As actuais condições de vida mudaram consideravelmente, alterações que poderão afectar a saúde humana. As doenças aparecem de múltiplas interacções com um meio onde o social e o biológico se entrecruzam (Morris, 2000). As crises de identidade, as crises de valores, os medos que têm a sua génese no corupio acelerado e conturbado da vida, na insegurança mundial e na competitividade mal gerida da era pós-moderna pode previsivelmente resvalar para a depressão, para a desmotivação e sobretudo para a deficiente qualidade de vida que leva à ausência de saúde (Giddens, 2002-b) fomentando *“As abundantes variedades da doença contemporânea que nos podem deixar siderados...”* (Morris, 2000: 85), conduzindo a resultados como os que a evolução dos indicadores do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Dezembro de 2010) indicam:

- *Entre 2004 e 2009 o Consumo de medicamentos per capita no mercado total aumentou 9,2% em Portugal Continental. Esta tendência de aumento fez-se sentir em todas as Regiões, tendo o Alentejo registado o maior crescimento (12,4%) (Ministério da Saúde, 2010:31).*

O Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas sugere a existência de oito comportamentos pessoais, relativamente constantes, que estão associados a um decréscimo da morbilidade e mortalidade: *evitar fumar, exercício físico regular, limitar a ingestão de álcool, manter o peso corporal desejável, seguir regime dietético equilibrado, não usar drogas, evitar fenómenos de violência e exclusão social, dormir descansadamente 7 a 8 horas (boa gestão do stress)*. De entre estas são consideradas prioritárias as

intervenções para *diminuir o consumo do tabaco e do álcool* (Ministério da Saúde, 2004).

Os oito comportamentos anteriores contribuem para os principais factores de risco das causas primárias de morbilidade e mortalidade que são a idade, factores hereditários e características do estilo de vida (alimentação, stress, sedentarismo, sexo não seguro, não utilização dos cintos de segurança, condução em estado de embriaguês, etc.) e factores ambientais (poluição, exposição ocupacional, pobreza) (Ministério da Saúde, 2004).

A problemática que gira em torno da crise familiar e os novos modelos de família e quais as consequências que isso poderá ou não trazer para as gerações vindouras, é uma temática que urge reflectir pela sua importância. Sabe-se que a família enquanto grupo doméstico adoptou vários modelos ao longo das diferentes épocas e de acordo com os contextos sociais, e concebe-se como a estrutura formada pelos indivíduos que se unem pelos laços de parentesco e filiação e que vivem no mesmo domicílio, em que os adultos se responsabilizam por cuidar das crianças (Almeida, 1994).

Constatou-se que este autor reforça a ideia da responsabilidade dos adultos de uma família perante as crianças, uma vez que as crianças necessitam de protecção até atingirem a etapa da vida em que conseguem a auto-subsistência. Mas para além da responsabilidade da socialização e dos cuidados à criança, tem também outras funções, como: ser o suporte para todos os restantes membros, encarregar-se dos assuntos domésticos, fazer a manutenção das relações familiares, não esquecendo o papel sexual, o papel educativo, o papel terapêutico, bem como o indispensável papel recreativo (que por vezes é esquecido e que é de vital importância) (López, 2000).

Foi com a industrialização que se deu a grande mudança nas famílias, porque a separação do local de trabalho ou da actividade económica do local de residência fez com que o trabalho deixasse de ser parte integrante da vida familiar e as famílias, enquanto grupos domésticos, deixaram de ser unidades de produção económica e passaram a obter os recursos necessários fora de casa (Almeida, 1994).

A complexidade dos problemas e dos processos implicados na determinação da saúde individual estão em relação com o ciclo de vida e com o ciclo familiar assim como com os factores intrínsecos a estes.

A alternância que existe entre os períodos de saúde e os períodos de doença depende da idade cronológica dos indivíduos e daquelas competências sociais que vão conquistando ao longo da vida e ao longo do ciclo familiar, bem como do equilíbrio harmónico entre todos estes factores, assente em mecanismos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Para fundamentar esta ideia começa-se por descrever sucintamente os conceitos e teorias de Donati (1994) que nos remete para a idade, saúde e ciclo de vida.

O ciclo biológico actua a três níveis distintos: *“o nível genético, o nível celular e o nível fisiológico”* (Donati, 1994:74). Este último é um sistema que caracteriza a produção e a compreensão do binómio saúde/doença. Consequentemente, assume-se o sistema fisiológico como período global do ciclo biológico e da dicotomia vida/morte, que apresenta o desenvolvimento estreitamente ligado à idade cronológica. Assim, considera-se que o ciclo biológico é composto por três fases: *“Em que o primeiro representa o crescimento e o desenvolvimento (equilíbrio dinâmico) que é de aproximadamente 20 anos, a segunda a maturação e equilíbrio homeostático (que vai dos 20 aos 45 anos) e a terceira o declínio ou a descompensação homeostática com poucas capacidades de recuperação (depois dos 45 anos)”* (Donati, 1994:75).

Com as transformações fisiológicas e o avanço da idade, o indivíduo experimenta a entrada e saída de posições sociais. Os ciclos sociais são fundamentais no ciclo vital e na saúde. Existem três sub-ciclos no ciclo social: *“O primeiro ligado à independência infantil, à autonomia adulta e à dependência senil; o segundo, o económico-social, ligado à dependência ou independência produtiva; O terceiro que une os anteriores e que diz respeito ao ciclo da vida familiar: a saída da família de origem e a constituição da própria família e depois a dependência da família dos filhos”* (Donati, 1994:81).

É nesta vertente – a familiar – que o indivíduo adquire também competências sociais, aprende a lidar com a vida e as suas facilidades/dificuldades/problemas e onde pode ou não alcançar o equilíbrio, de acordo com o tipo e vida relacional/económica/suporte a dependentes (idosos, crianças, pessoas doentes) que possui na família. Pessoas sem capital familiar e relacional contarão com a sua harmonia e estabilidade interior depauperada pelas preocupações materiais, afectivas, etc. Enfim, uma série de questões que

se levantam na actualidade da cultura familiar e que nos encaminham para a diferenciação social. Quer se queira ou não, se ache injusto e deveras incomodativo para as consciências humanas, o certo é que esta diferenciação social existirá e desequilibrará quem cair nesta situação.

Paralelamente ao ciclo social da dependência/autonomia, o indivíduo está inserido no ciclo económico em que contribui na produção da riqueza da sociedade.

O desenvolvimento implica uma complexa interacção de experiências derivadas de situações internas e externas que parecem estar ligadas, de alguma maneira, tanto à idade como às expectativas sociais.

Identificam-se seis períodos no desenvolvimento individual na idade adulta: *“A maturação (18-35 anos), idade média (35-60 anos) e a tardia madureza (depois dos 60 anos). Em cada período estão presentes funções específicas, como eleger o par, aprender a viver com ele, dar vida a uma família, mantê-la, ter níveis elevados de responsabilidade, adaptar-se ao envelhecimento e à morte dos pais, etc. O cumprimento destas funções representa uma condição necessária para poder seguir as sucessivas fases do ciclo”* (Donati, 1994:86).

As teorias psicossociais sobre o ciclo de vida referem que as transições específicas do ciclo vital estão fortemente ligadas à idade cronológica e que o stress é um dos elementos mais importantes para compreender os problemas de saúde como período de bem-estar individual (Donati, 1999). As influências sociais sobre a origem e o desenvolvimento de uma doença não só se limitam à influência de variáveis como a idade, o sexo, o grupo étnico, a classe social e as condições de pobreza, como também se relacionam com os estilos de vida, hábitos e costumes. É relevante reconhecer que a interacção entre a mente e o corpo representa um factor importante sobre a saúde. As situações sociais podem provocar altos níveis de stress que, por sua vez, afectam a saúde e a diminuição da vida (Cockerham, 2002).

Todos os factores anteriormente referidos remetem para a noção de saúde e gestão da mesma. Este conceito tem acompanhado as transformações sociais, ambientais, políticas, económicas e culturais.

Hoje, graças a essas mesmas transformações, é dado ao indivíduo e família integrados numa sociedade, uma maior responsabilidade na procura do

equilíbrio que lhes permita desenvolver ao máximo as suas potencialidades como entidades pessoal e social. *“Cada um necessita de uma saúde que lhe é particular e é no particularismo da relação do indivíduo com o seu grupo de pertença e portanto com a sociedade que se descobrem as componentes de grupo da gestão da saúde. Também Nicolas Dodier apresenta a gestão da saúde como um critério sensível de diferenciação social. (...) Quando a gestão (...) se produz na conquista de um equilíbrio traduzido numa certa regularidade e numa certa previsibilidade dos acontecimentos biológicos”* (Carapinheiro, 1986:12).

Para concluir, refere-se que a gestão de todo este complexo processo da saúde/doença poderá vir a ser um critério de diferenciação social na medida em que o indivíduo que não se responsabiliza pelo seu equilíbrio, pelo seu bem-estar, não consegue desenvolver ao máximo as suas potencialidades como entidade pessoal e social, bem como aqueles que são de idade cronológica mais avançada, que sofrem de alterações fisiológicas agudas ou crónicas com dependência económica, escassez de recursos, etc. (Carapinheiro, 1986).

Todo o tipo de estabilidade (física, mental, emocional, relacional, social, familiar) é fundamental para o indivíduo se sentir bem em toda acepção da palavra, pois sabe-se que são todos estes factores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo e a harmonia ou desarmonia entre eles, que inevitavelmente norteia para a saúde e para a doença, respectivamente (Carapinheiro, 1986).

1.1. Determinantes da Saúde

Os estudos epidemiológicos revelam que uma grande parte dos problemas de saúde está relacionada a uma multiplicidade de factores e não a uma causa única. Reconhece-se que existem complexas inter-relações de factores que influenciam a saúde tanto a nível individual como comunitário (Rouquayrol. 1994). Uma parte dos problemas de saúde causadores de morte e morbidade são influenciados pelos diversos factores e pelo estilo de vida, no qual se incluem os comportamentos de saúde. Se o estado de saúde está directamente relacionado com os comportamentos das pessoas devemos procurar as vias mais adequadas para promover a adopção de

comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais. Para isso é necessário compreender os determinantes da saúde.

Os determinantes da saúde são *“factores, características e comportamentos que determinam (ou influenciam) a saúde”* (Stanhope et al, 1999:224).

Actualmente, existem vários enquadramentos e modelos dos determinantes da saúde (Laverack, 2008). Este autor remete para um enquadramento analítico para os determinantes da saúde inicialmente desenvolvido para a Iniciativa Canadiana para a Doença Cardíaca (Labonte, 1992) e para o Departamento de Saúde Pública de Toronto e posteriormente adoptado pela OMS. Descreve o bem-estar ou a saúde plena e a mortalidade/morbilidade como resultados dos quatro determinantes gerais de saúde, que são:

- *“Condições de Risco – pobreza, estatuto social baixo, trabalho perigoso/cansativo, ambiente poluído e perigoso, esgotamento dos recursos naturais, efeito de estufa, esgotamento do ozono, discriminações (sexo, raça, idade), hierarquia de poder abusiva, individualismo, competitividade e meritocracia.*
- *Factores de Risco Fisiológicos – hipertensão, hipercolesterolémia, libertação de hormonas de ansiedade e níveis elevados de fibrogénio.*
- *Factores de Risco Comportamentais – fumar, alimentação pobre, inactividade física e abuso de substâncias.*
- *Factores de Risco Psicossociais – isolamento, falta de acompanhamento social, redes sociais fracas, baixa auto-estima, fraco poder de percepção, pouca auto-confiança e falta de sentido ou determinação”* (Laverack, 2008:33).

Outra análise sobre os determinantes da saúde surgiu no relatório Lalonde, que foi produzido em 1974 no Canadá, sob o nome de *“A new perspective on the health of Canadians”* (Uma nova perspectiva da saúde dos canadianos). O nome do relatório provém de Marc Lalonde, que foi Ministro da Saúde do País nessa altura e analisou os determinantes da saúde ao estudar as principais causas de morte dos canadianos. Lalonde refere que a saúde de uma comunidade é determinada pela interacção de quatro elementos gerais: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida, e a organização da assistência

médica. O relatório refere que para além da biologia humana (factores genéticos, envelhecimento, etc.), do meio ambiente (poluição, contaminação de águas, factores socioculturais, etc.), da organização da assistência médica (equidade, acessibilidade, etc.), os estilos de vida de cada indivíduo (comportamentos ligados à saúde) são fundamentais para a saúde. Assim, a saúde é mantida e melhorada, não só através da promoção e aplicação das ciências da saúde, mas também através dos esforços e opções de vida inteligentes do indivíduo e da sociedade, ou seja, o relatório enfatizou a responsabilidade de cada indivíduo em mudar os seus comportamentos para melhorar a sua saúde (Lalonde, 1974).

De acordo com a OMS (2010) muitos factores afectam a saúde individual e comunitária. Quer as pessoas sejam saudáveis ou não, a situação é determinada pelas circunstâncias e ambiente. Assim, os principais determinantes da saúde são o ambiente social e económico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais. Em geral, o contexto em que um indivíduo vive é de grande importância na sua qualidade de vida e no seu estado de saúde. O ambiente social e económico são factores essenciais na determinação do estado de saúde dos indivíduos dado o facto de que altos níveis educacionais estão relacionados com um alto padrão de vida, bem como maiores rendimentos. A cultura – costumes e tradições – as crenças da família e da comunidade afectam a saúde (WHO, 2010).

Para esta Organização, o ambiente físico é um factor importante a ser considerado na classificação do estado de saúde de um indivíduo. Isso inclui água potável, ar despoluído, habitação condigna, estradas seguras e saneamento básico. O emprego e as condições de trabalho bem como os factores genéticos e os serviços de saúde contribuem para uma boa saúde (WHO, 2010).

Está actualmente demonstrado que muitos problemas de saúde estão relacionados com o estilo de vida, no qual se incluem os comportamentos de saúde. O Alameda County Study é um estudo iniciado em 1965, em que o grupo de investigadores decidiu avaliar a saúde praticada pela população da Alameda County na Califórnia. Os participantes responderam inicialmente a questões sobre os seus hábitos de vida com subseqüentes reuniões em 1973, 1985, 1988, 1994 e 1999.

Ao analisarem a relação entre os estilos de vida e a saúde, referiram como determinantes da saúde *“os comportamentos de saúde dos indivíduos, a interacção social, o estatuto socioeconómico e o nível educacional”* (Housman et al, 2005:306). Mencionam que os *“indivíduos podem melhorar a sua saúde e promover a longevidade e retardar a doença e a morte através de exercício físico regular, dormir sete a oito horas por noite, manter um peso saudável, limitar o uso de bebidas alcoólicas e parar de fumar”* (Housman et al, 2005:303).

Assim, tendo como referência os determinantes descritos, constata-se que os estilos de vida são um factor determinante na saúde. Os estilos de vida estão estreitamente ligados aos valores, às prioridades e às possibilidades ou circunstâncias práticas de conjunturas culturais e socioeconómicas determinadas. São alterados pelos efeitos de interacção entre os indivíduos e pela aprendizagem social e influenciam o ambiente social e são condicionados por ele, enquanto os estilos de vida regulados pela experiência e pelos factores ambientais não levam a decisões individuais de aceitar ou rejeitar certos riscos de saúde, *“ as opções oferecidas aos indivíduos defrontam-se com limites impostos, quer pelo ambiente físico, social e cultural, quer pelos respectivos meios financeiros”* (OMS, 1985:62).

Uma das vias para melhorar as possibilidades e as capacidades para levar uma vida saudável é a educação para a saúde. A educação para a saúde, pelo impacto positivo que pode ter na saúde das pessoas, deve ser um direito de todos os cidadãos em qualquer fase da sua vida, conforme está reconhecido na carta de Ottawa. Deve começar na família, continuar em todas as fases do sistema de ensino (desde o básico até ao universitário), prolongar-se no local de trabalho, na comunidade, na comunicação social, etc., promovendo e reforçando as políticas de promoção da saúde (OMS, 1986).

A promoção da saúde através da educação para a saúde constitui uma estratégia chave de actuação sobre os determinantes da saúde de modo a favorecer e reforçar os comportamentos na saúde, pois deve-se *“dar às pessoas uma ideia positiva da saúde, com a finalidade de as colocar em posição de utilizarem plenamente as respectivas capacidades físicas, intelectuais e afectivas...uma comunidade participando activamente, bem*

informada e bem motivada, é um elemento fundamental para a realização da Saúde para Todos” (OMS, 1985:5,6).

1.2. Os Comportamentos na Saúde

A competência social tem um papel fundamental na promoção e educação para a saúde no seu sentido mais amplo, dado que muitos dos problemas de saúde, nomeadamente nos jovens, estão ligados aos comportamentos, a uma dificuldade em responder adequadamente às tensões e desafios da sua vida quotidiana que, com a entrada na adolescência, aumenta em interacção com contextos sociais cada vez mais vastos e mais complexos.

A adolescência é uma importante época da vida humana marcada por profundas transformações fisiológicas, intelectuais, psicológicas, afectivas e sociais vivenciadas por cada ser humano de forma única e em diferentes contextos sócio familiares.

Uma das dificuldades em abordar a adolescência é a delimitação etária do conceito, pois existem diferenças entre os contextos culturais, o género, as condições socioeconómicas, etc. Embora ciente da existência de autores que defendem diferentes classificações, considere a divisão da Organização Mundial de Saúde (2002) que refere:

- A adolescência corresponde à faixa etária dos dez aos dezanove anos. Classificando-se dos dez aos catorze anos como adolescência inicial, dos quinze aos dezasseis anos como adolescência média e dos dezassete aos dezanove anos adolescência tardia;
- Considera ainda população juvenil o conjunto de indivíduos de idade compreendida entre os dez e vinte e quatro anos e de jovens os indivíduos que têm entre quinze e vinte e quatro anos.

A adolescência é um espaço/tempo que se inicia com a puberdade, onde os indivíduos através de momentos de amadurecimento diversificados percorrem um caminho de reintegração do seu passado e das suas vivências infantis, numa nova estrutura. Esta reestruturação deverá atribuir capacidades para optar por valores, fazer a sua orientação sexual, escolher o caminho profissional e integrar-se socialmente.

De facto, “*A principal tarefa da adolescência é a formação da identidade*” (Sorensen *et al*, 1998:261) e este processo envolve ligações interpessoais.

A necessidade de autonomia nesta fase da vida é muitas vezes geradora de conflitos familiares, pois questionar a autoridade também faz parte do processo de construção da identidade.

Para Fleming (1997) a concretização da autonomia é conseguida através da aquisição gradual de novos comportamentos, conseguidos para a grande maioria dos adolescentes à custa da desobediência aos pais.

Os pais apresentam-se como reguladores essenciais no processo de construção da identidade e autonomia. “*O adulto não pode abdicar das suas responsabilidades parentais e deve procurar manter a autoridade que lhe é inerente, mas é desejável... que proceda de forma justa*” (Pereira *et al*, 2001:31). Também Duclos (2006) refere ser importante a existência de uma disciplina adequada e flexível, que permita ao adolescente desenvolver um sentimento de segurança e pertença; esta disciplina deve para tal ser do tipo dialogante, onde são definidos os limites e promovida a negociação e o compromisso.

Para Pereira *et al* (2001) as novas tecnologias vieram dificultar as relações com os pais por aumentarem as distâncias geográficas e afectivas entre eles, o que será facilmente entendido se pensarmos no tempo que os adolescentes gastam em frente ao computador e com o telemóvel, agentes de uma nova socialização mais desumanizada. Hoje em dia, o adolescente socializa-se também à distância, não necessitando do contacto pessoal para interagir com o mundo exterior; este agora está à distância de um “clik”, que lhe permite novas descobertas e aceder a mundos até agora interditos.

A Escola é um importante agente de socialização, não só pelas oportunidades de criação de grupos (colegas), mas também pela interacção com professores e funcionários (outros adultos, que não os seus pais).

O contacto e partilha com muitos outros “iguais a si”, permite criar códigos de conduta, que mais não são que a identificação ou reprovação de atitudes e comportamentos, estilos de vida, maneiras de vestir, de estar e pensar. Podemos até falar da criação de uma nova cultura, que “*consiste num conjunto de valores, ideais e suposições acerca da vida, largamente partilhados por um grupo de pessoas*” (Stanhope *et al*, 1999:128).

Autores como Pereira *et al* (2001) defendem que a Escola continua a reforçar o sentimento de pertença, que teve início na família e agora se projecta para o grupo de amigos, para a turma, clubes escolares, para os colegas das mais diversas actividades. No entanto, sobre o mesmo assunto, Duclos (2006) defende que, nos nossos dias, a Escola nem sempre promove o sentimento de pertença dos jovens, devendo para isso promover mais a participação, a união e o diálogo.

Os processos de socialização permitem aos jovens facilitar os lutos da infância e dos pais, adquirir autonomia e construir a sua identidade. Deverão por isso favorecer a sua auto-estima, que para Duclos (2006) consiste num processo que lhes permite tomar consciência do seu valor e preservar este sentimento, que se vai afirmando apesar de todas as suas dificuldades e vulnerabilidades. *“Uma boa auto-estima é, sem dúvida, um factor extremamente positivo que ajuda qualquer um a ultrapassar dificuldades e irá contribuir para a aceitação por parte dos outros”* (Pereira *et al* 2001: 37).

A adolescência é, por excelência, o tempo de aquisição de novos comportamentos, *“...Os usualmente designados “comportamentos de risco” representam, assim, verdadeiras “condutas de ensaio”...”* (Prazeres, 2003:30); este fenómeno comporta muitas vezes riscos, pela adopção de práticas que colocam em causa a saúde e bem-estar do jovem e do futuro adulto.

Prazeres (2003), OMS (2002), Stanhope *et al* (1999), Matos *et al* (1998, 2006), lembram que muitos dos comportamentos adquiridos nesta fase estarão na origem das causas de mortalidade e morbidade na idade adulta. Matos *et al* (2006) e Prazeres *et al* (2005) referem que actualmente, as causas para a mortalidade e morbidade dos jovens são essencialmente devidas aos seus estilos de vida.

O risco é entendido por Stanhope *et al* (1999) como a possibilidade de um acontecimento vir a acontecer num determinado período de tempo e população em risco é aquela que está sujeita ao risco, por isso vulnerável ao acontecimento. Comportamentos de risco são, nesta perspectiva, condutas que expõem ou influenciam o indivíduo para estados de doença ou falta de saúde.

A existência simultânea de vários comportamentos de risco é habitual no adolescente, tornando-o mais vulnerável. *“Os riscos acumulados são*

sinérgicos; o seu efeito combinado é mais do que a soma dos efeitos individuais” (Stanhope et al, 1999:522).

Alguns dos comportamentos de risco associados aos adolescentes são:

- Consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas ilícitas), habitualmente responsável por acidentes rodoviários, agressividade, delinquência, distúrbio mental e doenças com morbilidade e mortalidade elevadas na idade adulta;

- Actividade sexual não protegida, risco de gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis;

- Adopção de padrões alimentares inadequados levando a obesidade, carências nutricionais, e ainda, associados a transtornos alimentares como a anorexia e bulimia, ao desenvolvimento na idade adulta de diabetes, hipertensão, etc. *“Tem-se demonstrado que os adolescentes são o grupo etário como o estado de nutricional mais deficitário” (Stanhope et al, 1999:577);*

- Sedentarismo associado habitualmente ao aumento da obesidade e doenças cardiovasculares.

Para melhor compreender a realidade portuguesa, o estudo *Health Behaviour in School-Age Children (HBSC)*, da Organização Mundial da Saúde, e com o qual colabora a equipa do projecto Aventura Social & Saúde, liderada por Matos (2006), reveste-se da maior importância.

No relatório preliminar, “A Saúde dos Adolescentes Portugueses: Hoje e em 8 anos” Matos *et al* (2006) concluem que para este estudo:

- As raparigas são aquelas que mais frequentemente têm um peso dentro do parâmetro normal, mas também as que mais descontentes estão com a sua auto imagem e mais dietas fazem;

- A prática de desporto diminui com o aumento da idade e são os rapazes que mais praticam actividade física;

- Os rapazes e jovens mais velhos são aqueles que mais tempo passam ao computador e, os jovens de treze anos são aqueles que mais horas despendem em frente da televisão e consolas de jogos;

- Um terço dos jovens inquiridos diz já ter experimentado tabaco, a distribuição é similar em ambos os sexos, mas mais frequente nos jovens mais velhos, também estes assumem consumos mais expressivos. Observa-se um decréscimo do consumo em ambos os sexos, do ano 2002 para 2006;

- A bebida mais consumida é a cerveja. São as raparigas e as faixas etárias mais novas que apresentam menores consumos de bebidas alcoólicas. Os rapazes e os mais velhos são os que mais vezes se embriagaram;

- O haxixe/erva, estimulantes, dietilamida do ácido lisérgico (LSD), medicamentos usados como drogas e *doping* são os produtos mais experimentados pelos jovens. Os rapazes são aqueles que apresentam maiores consumos. O consumo de substâncias ilícitas tem vindo a estabilizar;

- Os rapazes e os jovens com dezasseis anos ou mais são os que mais referem ter andado com armas no último mês;

- Os rapazes são os que mais lesões sofreram e, são também eles os que iniciam as relações sexuais mais cedo e referem ter tido relações sexuais por terem consumido álcool ou drogas. A idade mais frequente para a primeira relação sexual é catorze anos; os rapazes são os que mais referem ter tido a primeira relação sexual com onze ou menos anos;

- O uso do preservativo aumentou e são os rapazes com treze anos os que menos usam preservativo;

- O consumo de fruta, vegetais e refrigerantes/colas diminuiu comparativamente ao ano de 2002, tal como o consumo de pequeno-almoço; neste caso o consumo diminuiu em todos os grupos etários (Matos *et al*, 2006).

Deste estudo poderá ainda concluir-se que os jovens têm hoje mais dificuldade em falar com os pais e que se sentem menos apoiados pelos professores, ao contrário da relação com os colegas, onde se mantém a percepção da qualidade da relação. Este facto suscita preocupações; estarão cada vez mais os adolescentes entregues a si próprios e aos seus grupos?

Para a OMS (2002) a depressão é comum entre os jovens e está ligada habitualmente à diminuição da auto-estima, levando-os a assumir comportamentos de risco em relação à sua saúde.

Kasl e Cobb (1996) definiram os comportamentos de saúde como acções praticadas por indivíduos que se percebem como saudáveis, com o objectivo de prevenir o surgimento de mal-estar ou doença e definiram três tipos de comportamentos relacionados com a saúde: *“Um comportamento de saúde é um comportamento cujo objectivo é impedir o aparecimento de uma doença... um comportamento de doença é um comportamento cujo objectivo é*

encontrar um tratamento...um comportamento de doente é uma actividade que tem como objectivo ficar saudável...” (Ogden, 1999:25).

A definição de comportamentos de saúde abrange apenas acções com propósitos preventivos (Conner e Norman, 1996).

Os comportamentos de saúde podem-se classificar em: comportamentos de saúde positivos e negativos. Matarazzo refere que os comportamentos de saúde positivos surgem também na literatura com a denominação de comportamentos de saúde de protecção e denomina-os de *“comportamentos imunogénicos, tais como lavar os dentes, usar cinto de segurança, procurar informação relacionada com a saúde, realizar check-ups regulares, dormir um número adequado de horas por noite”* (Ogden, 1999:26).

Os comportamentos de saúde negativos, aparecem também com a denominação de hábitos prejudiciais para a saúde ou *“comportamentos patogénicos, que envolvem acções do tipo fumar, beber grandes quantidades de álcool, fazer uma alimentação rica em gorduras”* (Ogden, 1999:26).

Os comportamentos negativos são apresentados por Steptoe e Wardle (1996), como comportamentos de risco para a saúde, e traduzem-se em qualquer acção praticada por indivíduos, com frequência ou intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de doença ou acidente. Estas acções são consideradas de risco, quer haja consciência ou não da relação entre o comportamento e as possíveis consequências. Estes comportamentos de saúde envolvem actividades que contribuem para a promoção da saúde, protecção do risco de acidentes e detecção da doença e deficiência num estágio precoce. Alonzo sublinha ainda que este conceito deverá também englobar acções comunitárias e sociais que têm como objectivo aumentar os níveis de controlo do risco (Steptoe e Wardle, 1996).

Bruhn (1988), afirma que os principais factores que podem influenciar os comportamentos de saúde podem ser agrupados em quatro categorias: factores envolvimentoais, culturais, grupais e pessoais.

Os factores envolvimentoais estão relacionados na maioria das situações com as políticas públicas e organizacionais. No entanto, em alguns casos é possível que estes factores estejam ligados a factores individuais, em relação aos quais os indivíduos têm um controlo directo, nomeadamente, o lugar onde vivem e o lugar onde trabalham. Os factores envolvimentoais, em particular o

envolvimento físico, influenciam, por um lado, os comportamentos, atitudes e valores dos indivíduos relativos à saúde e, por outro, o tipo, a disponibilidade e acessibilidade dos serviços sociais e de saúde.

Os factores culturais estão associados aos valores inerentes à sociedade ou a determinados grupos sociais. Segundo Bruhn (1988), a saúde não é muito valorizada, sendo considerada um “bem” que pode ser “comprado” quando necessário. Na medida em que a saúde não está aliada a um alto valor, a mudança de comportamentos não saudáveis torna-se muito difícil.

A nível dos factores grupais, aquele autor destaca a família e os grupos de pares como as principais fontes de influência a nível das atitudes e comportamentos relacionados com a saúde. A nível da família destaca-se entre outros aspectos, a relação entre o nível de educação dos pais e a sua preocupação com a saúde, com a aquisição de um estilo de vida saudável. Relativamente aos grupos de pares, é destacada a pressão do grupo favorito na conformidade dos indivíduos relativamente à prática de alguns comportamentos de saúde negativos.

Os factores pessoais englobam entre outros, as crenças relativas ao controlo pessoal, o empenho, a tendência para avaliar solicitações como desafios e não como ameaças, e o sentido de controlo sobre a sua própria vida (Bruhn, 1988).

De um modo geral, os factores que acabaram de ser apresentados como determinantes dos comportamentos podem ser agrupados em duas categorias propostas por Conner e Norman (1996): factores intrínsecos e extrínsecos.

Nos factores intrínsecos, encontram-se os factores sócio-demográficos, personalidade, cognições e suporte social. Nos factores extrínsecos encontram-se as estruturas de incentivo (impostos, subsídios, sistemas de aprovisionamento de bens e serviços), e restrições legais.

Os estados de mal-estar ou doença são influenciados por um estilo de vida não saudável. Torna-se assim necessário adoptar comportamentos de saúde no estilo de vida de cada indivíduo, para aumentar as hipóteses de alcançar um bom estado de saúde.

Ogden (1999) examinou a relação entre os comportamentos de saúde e o estado de saúde. Foi 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: *“Dormir sete a oito horas por dia; tomar o pequeno-almoço todos os dias; comer raramente entre as refeições; ter peso ideal ou próximo disso; não fumar; ter um consumo de álcool moderado ou nulo; fazer exercício físico regularmente”* (Ogden, 1999:30).

Em estudos efectuados 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 percursos das doenças cardiovasculares e do cancro.

Há factores que permitem predizer os comportamentos de saúde. Vários estudos de correlação efectuados tentaram prognosticar estes comportamentos. Os sete comportamentos referidos anteriormente foram relacionados por Kristiansen (1985) com um conjunto de crenças e concluíram que estes sete comportamentos estavam correlacionados com *“A grande valorização da saúde, a crença na paz mundial e a pouca importância de uma vida excitante”* (Ogden, 1999:30).

Há um determinado número de factores que os autores acreditam predizer os comportamentos de saúde: *“Factores sociais como a aprendizagem, o reforço, a modelagem e as normas sociais; genética, que sugere possíveis provas de uma base genética ligada ao consumo de álcool; factores emocionais como a ansiedade, stress, tensão e medo; sintomas percebidos, como a dor, falta de ar e fadiga; as crenças do doente; as crenças dos profissionais de saúde”* (Ogden, 1999:30).

Assim, por tudo o que foi referido, os alunos devem ser ajudados pelos agentes principais da sua educação, (pais, professores e outros profissionais que intervêm na vida escolar), a desenvolver as suas aptidões e simultaneamente ajudados a crescer, ao longo do processo de aprendizagem, com uma visão crítica da realidade que o circunda e ensinados a reflectir sobre a sua saúde.

Temos que nos preocupar com a manutenção da saúde e a prevenção da doença em indivíduos normalmente saudáveis, através do *“uso de informações educativas para modificar comportamentos e estilos de vida”* (Ogden, 1999:17).

1.3. A Socialização, os Estilos de Vida e a Comunicação

Os contextos sociais e culturais em que nascemos, vivemos e chegamos à maturidade, influenciam os nossos comportamentos. Entende-se por socialização *“o processo, através do qual os nascidos numa sociedade se convertem em membros efectivos desta, desenvolvendo as suas potencialidades como seres sociais, e incorporando-se nas formas e conteúdos próprios de um sistema cultural”* (López, 2000:168).

A interacção desde o nascimento com o mundo que nos rodeia condiciona na nossa personalidade, os nossos valores e o comportamento que adoptamos (Giddens, 2002-a). Para este autor *“a socialização está também na origem da nossa própria liberdade e individualidade”*. Cada pessoa desenvolve a sua identidade e *“a capacidade de agir e pensar de modo independente”* (Giddens, 2002-a:63).

A ênfase da interdependência entre a mente e o corpo indica que o nosso bem-estar físico está influenciado pelas nossas condutas, pela nossa particular forma de viver, o estilo de vida. Muitas doenças são causadas por agentes externos, vírus ou bactérias, que nos atacam, mas cada dia se torna mais evidente que muitos factores patogénicos se encontram no nosso próprio comportamento (Jiménez, 2001). Os estilos de vida são *“um conjunto de condutas e hábitos quotidianos de uma pessoa, que decide a sua forma de viver. A forma de viver está directamente relacionada com muitos aspectos da nossa saúde e a análise dos estilos de vida tem um interesse crescente para as ciências sociais aplicadas à saúde”* (Jiménez, 2001:102).

Considera-se pertinente e oportuno abordar esta temática sobre a socialização dos indivíduos, visto que esta encara a adopção de formas de vivência de acordo com os aprendizados que se desenvolvem ao longo da vida, de modo independente, livre e individual. Os indivíduos, apesar de condicionados pelo ambiente onde vivem, são seres capazes de actuar e discernir o que pretendem com a sua vida e com a sua saúde.

Tanto na família, como nas restantes instituições e na própria sociedade em geral, existem *“normas, positivas e negativas, papéis sociais encarregados de observá-las e de controlar os possíveis desvios e um repertório de sinais e símbolos expressivos do que se deve e não deve fazer...”* (López, 2000:222).

Giddens (1994), defende que, de modo a termos uma ideia de “quem somos”, temos de ter uma noção de “como nos tornamos no que somos” e de “para onde vamos”. É neste sentido que este autor refere a construção reflexiva do *self* no mundo actual, face a circunstâncias de incerteza que se traduzem numa diversidade de possibilidades de opção. Ao realizarem as suas identidades pessoais, e independentemente do carácter dos seus contextos de acção específicos, os indivíduos também contribuem para promover influências sociais com consequências e implicações globais.

E para exemplo refere-se a linguagem: *“sem linguagem não seríamos seres auto-conscientes (...) o domínio da linguagem é necessário para a consciência das características específicas individuais e para o domínio prático do meio que nos rodeia”* (Giddens, 2002-a:63). Neste trabalho sobre educação para a saúde, a comunicação e a linguagem nos ensinamentos aos indivíduos é o pilar da arte da educação para a saúde. *“O comportamento modelado é retido durante mais tempo se for descrito por palavras”* (Sprinthall et al, 1999:255).

Pelo facto da comunicação ser um acto diário, frequentemente nem se dá conta da sua complexidade e real dificuldade em ser adequada, pertinente, oportuna e doseada, tendo em conta os intervenientes e as circunstâncias determinantes dos intervenientes. De facto, a personalidade, o comportamento e o relacionamento social, são condicionados pela qualidade e intensidade da ciência e arte de bem comunicar.

Há barreiras que dificultam ou impedem a comunicação. Umhas são exteriores aos intervenientes, como por exemplo ruídos, diversidade dos estímulos que perturbam a atenção, concentração, emissão e recepção. Outros são aspectos internos, intelectuais e afectivos, conscientes e inconscientes, tais como os preconceitos, inibições ou pressões.

Sendo a comunicação humana uma necessidade vital, ela é, simultaneamente, uma ciência e arte: implica esforço, decisão, sentido da medida e da oportunidade, disponibilidade intelectual e afectiva. Para reforçar esta ideia, comunicar é: *“procurar no interior de cada um, as significações para estímulos ou acontecimentos”* (Fachada, 2000:18).

Tal como noutros contextos, também em educação para a saúde é imprescindível estar atento à linguagem não verbal, pois frequentemente

recebem-se e emitem-se mensagens sem ser através da linguagem verbal, mas sim através de gestos, posturas, silêncios, tom de voz e expressões faciais, que podem transmitir muitas emoções e sentimentos.

É através do *feed-back* que podemos orientar as nossas comunicações futuras, não só o que dizemos ou o que queremos exprimir, mas também o modo como o fazemos (Fachada, 2000). A linguagem é um dos instrumentos principais e do dia-a-dia. Redman refere que *“Porquanto o ensino é comunicação que é cumprida, em larga medida, através da linguagem, o formador deve ser competente na utilização da linguagem”* (Redman, 2003:49).

É pela linguagem que se interage, que se motiva, explica, questiona, organiza, avalia e que o indivíduo constrói e representa as suas aprendizagens, como, por exemplo, nas dúvidas que explicita. Naturalmente, isto só poderá ser feito através de uma preparação prévia da comunicação a utilizar no ensino (Redman, 2003).

As crianças e os jovens constroem as aprendizagens através da interacção social, que tem como sustentáculo a linguagem e a comunicação e, neste contexto, entende-se por comunicação *“ a transferência de informação de um indivíduo ou grupo de indivíduos para outro, quer pela fala quer através de um outro meio”* (Giddens, 2002-a:454). Ora, actualmente, os outros meios referidos, são os meios de comunicação social de massas, que vieram desempenhar um papel fundamental na sociedade moderna. Os jornais, as revistas, a televisão, a rádio, o cinema, os vídeos e a Internet podem estruturar os conhecimentos dos indivíduos sobre promoção da saúde, prevenção da doença e conseqüentemente estilos de vida saudáveis. De facto, *“Os meios de comunicação social têm uma profunda influência nas nossas vidas. Os media não só nos fornecem entretenimento, mas fornecem e modelam muita da informação que utilizamos no nosso dia-a-dia”* (Giddens, 2002-a:477).

Baudrillard, acredita que os novos meios de comunicação social, muito especialmente a televisão, mudam efectivamente a “realidade” em que vivemos (Giddens, 2002-a). Thompson refere que *“os meios de comunicação social de massas criaram uma nova forma de interacção social – «a quase-interacção mediada» – que é mais limitada, mais estreita e com um sentido único, em comparação com a interacção do dia-a-dia em sociedade”* (Giddens, 2002-a:478).

As diferenças que, do ponto de vista cognitivo, implicam a compreensão das mensagens escritas, das mensagens verbais unidas a imagens, exigem um tratamento diferenciado de cada meio de comunicação (rádio, televisão e imprensa), como estímulos para o desenvolvimento de determinados hábitos intelectuais e, em alguns casos, para a inibição de outros (López, 2000).

Os conteúdos comunicados oferecem *“Uma escala hierárquica, sendo a televisão, à frente da imprensa, o meio que permite a transmissão de conteúdos mais directamente perceptivos e, em consequência, menos intelectualizados. Se todos os meios coincidem numa comunicação impessoal, unidireccional e sugestiva, destaca-se a televisão porque nela tais características ficam mais dissimuladas e encobertas, de modo que se apresenta, como o meio de comunicação social mais pessoal, íntimo e interactivo, sendo portanto, o que tem mais capacidade de penetração e influência na vida familiar e pessoal”* (López, 2000:178).

Com todos os avanços tecnológicos na informação, no *marketing*, na publicidade, as crianças, os jovens e todos os outros indivíduos, são submetidos a um “bombardeamento” diário de informação que modela o nosso dia-a-dia (Giddens, 2002-a).

A influência dos meios de comunicação nas crianças, sobretudo a televisão, coloca o problema da competência comunicativa dos ditos meios com a família e a escola. Há necessidade em reflectir sobre como a criança processa toda a informação que recebe através dos *media* e que se deve a este respeito investigar a “atenção”, a “retenção” e a “compreensão”. A primeira varia em função das características do programa e das crianças e as segundas são importantes se os pais ou outras pessoas adultas estiverem presentes para que as crianças aprendam a partir da televisão (López, 2000).

A televisão não é inevitavelmente prejudicial, *“esta comunicação invasiva pode contribuir para a formação de hábitos mentais das crianças e proporcionar-lhe conteúdos orientados para a formação da sua sensibilidade e da sua moralidade”* (López, 2000:181).

A conclusão mais importante dos estudos sobre o processamento da informação por parte das crianças, é que o conhecimento adquirido através da televisão não é o resultado de um desenvolvimento cognitivo geral, mas depende do desenvolvimento do conhecimento do mundo real, da experiência

como telespectadores e do contexto social. Daí a importância do acompanhamento parental, para discussão dos temas abordados, identificação de acontecimentos, interpretação dos mesmos e sobretudo ajudar a discernir o que é real e o que é meramente fantástico (López, 2000).

O desenvolvimento da Internet e toda a informação que ela comporta, também terá prováveis efeitos sociais, mas ainda é cedo para se fazer uma avaliação acertada (Giddens, 2002-a), apesar de alguns estudos recentes referirem efeitos perniciosos nas crianças e nos jovens.

2. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A educação para a saúde é considerada factor de primordial importância para o bem-estar de todos os indivíduos. Não será por acaso que a Declaração de Alma-Ata (1978) lhe deu atenção especial e que a Organização Mundial de Saúde se refere constantemente às actividades educativas em saúde, como um meio por excelência para a promoção da auto-responsabilidade individual e comunitária, em matéria de saúde. Podemos assim constatar a preocupação das organizações relativamente à educação das pessoas, em matéria de saúde.

A definição de educação para a saúde tem vindo a evoluir com o tempo e experiência. Contudo, a sua evolução foi vagarosa porque se debateu com uma história de paternalismo que defendia uma não partilha de informação com os utentes (Redman, 2003).

De acordo com Green e Kreuter a educação para a saúde é *“Qualquer combinação planeada de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades”* (Russel, 1996:5).

Merecem pormenorizada atenção os conceitos “educação para a saúde” e “promoção da saúde”, já que por vezes existe alguma confusão no seu significado e objectivos, *“a educação para a saúde tem sido identificada lado a lado com o movimento de promoção da saúde”* (Stanhope et al, 1999:980). Algumas pessoas *“consideram a promoção da saúde apenas como educação para a saúde”* (Navarro, 1999:21) outras *“dizem que é um processo relacionado mas substancialmente diferente, tendo diferentes objectivos e valores”* (Carvalho, et al, 2006:26).

Assim, entende-se que promover a saúde dos indivíduos é aumentar a sua capacidade para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, 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 Ottawa, 1986). A educação para a saúde encoraja à informação, à influência de atitudes e identifica alternativas, de modo a que o indivíduo possa fazer a sua opção informada de estilos de vida saudáveis e que,

consequentemente, o ajudem a atingir ou manter níveis óptimos de bem-estar físico, mental e emocional.

O objectivo principal da educação para a saúde é o de ajudar as pessoas a ter conhecimentos e a estabelecer hábitos e padrões de vida, que não «abram caminho à doença» mas promovam a saúde (Belo, 2005) e o seu conteúdo converge essencialmente para alteração dos hábitos de vida (Vargas e Navajas, 1998:3354). É preciso exercer uma acção em profundidade para que surjam novos hábitos de vida saudáveis, eliminando preconceitos e responsabilizando os indivíduos pelas suas opções de vida (Carmona e Otero, 1998:3359; Ferreira, 1990:1117).

A promoção da saúde é uma actividade mais alargada e a educação para a saúde uma técnica para a alcançar, mas que deve estar relacionada com os valores e crenças dos jovens e das suas famílias (Stanhope *et al*, 1999).

A educação para a saúde é uma prática essencial e uma responsabilidade intrínseca a todos os profissionais de saúde e da educação. Com o evoluir dos tempos tem havido uma crescente preocupação na promoção da saúde dos indivíduos e comunidades, responsabilizando-se os mesmos pela sua saúde, de modo que possam adoptar atitudes conscientes e estilos de vida saudáveis. Refere-se a importância dada ao conceito actual de educação para a saúde porque não só incide na necessidade de alterações dos comportamentos individuais mas também nas modificações favoráveis dos factores externos, *“também deve promover as mudanças ambientais e sociais que sejam necessárias para que a mudança de conduta do indivíduo possa fazer-se e manter-se”* (Vilaça e Carvalho, 1999:467).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1985) a educação é a base solene na qual se desenvolve a potência do indivíduo e se determina numa participação útil na vida social. É uma condição para que o indivíduo possa compreender o que é a saúde, escolher com conhecimento de causa o seu estilo de vida, velar pela sua saúde e pela da sua família.

Para Maslow (1985) a educação já não pode ser considerada essencial, ou apenas, como um processo de aprendizagem. Actualmente deve ser considerada também um processo de formação do carácter, de desenvolvimento da pessoa.

Não merece o nome de educação qualquer influência exercida sobre o desenvolvimento, mas só aquela que se exerce com a intenção de elevar o educando a um fim determinado. Para confirmar esta ideia, Nerici refere que a educação é um processo que tende a desenvolver as capacidades cognitivas, afectivas, psicomotoras e sensoriais e as competências sociais dos indivíduos provocando modificações quando necessário (Navarro, 1999).

No contexto da promoção da saúde, a educação para a saúde tem sido considerada como um meio para atingir um fim, que pode ser expresso em termos funcionais como um recurso que permite às pessoas obter o controlo das suas acções individuais, sociais e afectivas para serem capazes de ansiar e ter uma vida melhor.

Assim, se a saúde é um recurso para o dia-a-dia e um objectivo para se viver bem. Se é um conceito positivo que destaca os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas. Logo, um entendimento compreensivo da saúde implica que todos os sistemas e estruturas que governam as condições sociais, económicas e o ambiente físico devem ter em conta as implicações das suas actividades, relativamente ao seu impacto, no bem-estar e saúde individual e colectiva (OMS, 1988).

A promoção da saúde acontece quando se trabalha em projectos a nível de serviços, profissionais e comunidade, que tenham como ponto de partida as necessidades dos grupos, sejam organizados em torno de actividades que as pessoas ou grupos sintam de mais utilidade, estabeleçam negociação para a tomada de todas as decisões, propiciem um ambiente de empatia e descontração que permita actividades lúdicas e de confraternização o que fará crescer o sentido de pertença ao grupo e sejam avaliados por todos (Navarro, 1999).

A promoção da saúde é por isso um processo que procura fortalecer as competências e capacidades individuais, assim como a capacidade das comunidades a agirem colectivamente no sentido de influenciarem os factores que afectam a sua saúde, sobretudo através da educação para a saúde.

Assim, é necessário educar, isto é, “*conduzir, orientar para um fim, mas conduzir a algum lado não basta – a finalidade é essencialmente positiva – educar para o bem, para o belo, sendo condição lógica afirmar que nenhum Homem foi educado, sem mudar para melhor*” (Custódio e Cabrita, 2002:55).

Ser educado em saúde resulta de uma aprendizagem em que o indivíduo altera de livre vontade e conscientemente os seus comportamentos. Este é um processo longo que se constrói desde o nascimento até à morte, no qual o educador assume um papel de elevada relevância, estimulando a curiosidade do educando (Custódio e Cabrita, 2002).

É fundamental o papel do educador neste contexto da saúde, pois para que os indivíduos aprendam e consigam responsabilizar-se conscientemente, é imperioso que a informação seja pertinente e transmitida por alguém. *“Os indivíduos que necessitam de informação e habilidades, mesmo que estejam motivados, frequentemente não têm conhecimentos suficientes de saúde para alcançarem a meta sozinhos”* (Redman, 2003:21).

Educar tem como base incentivar o desenvolvimento de capacidades e aptidões, que se devem identificar com as necessidades dos indivíduos. Esta aprendizagem consiste na operacionalização de mudanças e na adopção de comportamentos positivos no indivíduo e na comunidade. É um processo contínuo e gradual de aprendizagem, que se prolonga por vários anos, em que há a aprendizagem de novas normas, atitudes ou mesmo opções de vida que a população pode decidir tomar (Rodrigues, 2005).

A educação para a saúde deve ser entendida como a transmissão de conhecimentos no que diz respeito à saúde individual e colectiva, tendo como objectivo desenvolver um indivíduo activo, responsável e consciente em todos os processos de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e reinserção social, relacionados com a saúde, com a família e com a comunidade. As actividades de educação para a saúde são muito amplas. Navarro *“propõe que se substitua a designação educação para a saúde por «informação», quando se trate de sessões informativas clássicas”* (Navarro, 1999:23). Incluem para além do aconselhamento a doentes e a pessoas saudáveis, campanhas publicitárias, trabalho comunitário, onde se incluem as Escolas, formação em serviço e educação formal, ou seja, é toda a actividade que conduz a aprendizagens relacionadas com a saúde e que *“constitui um dos instrumentos mais eficazes que contribui para o processo de promoção da saúde”* (Carvalho et al, 2006:26).

Os profissionais de saúde e da educação em contacto com as crianças e jovens podem desempenhar um papel muito importante de ajuda e orientação

neste campo, que se estende da higiene colectiva, à alimentação, à sexualidade, à cidadania, ao meio ambiente, entre outras, não devendo limitar-se apenas à emissão de informação, mas também mostrando na prática com o seu exemplo estilos de vida saudáveis. Segundo Nuno Grande *“a educação para a saúde é, antes que um meio de transmissão de conhecimentos, um processo de modelar atitudes e comportamentos pelo exemplo da vida do educador”* (Rodrigues, 2005:47).

Neste contexto, é de fundamental interesse a promoção da saúde nas comunidades escolares, bem como a prevenção da doença e o prolongamento da vida. Assim sendo, estes são aspectos que devem ser constituídos como prioridades de alcance através de um conjunto de medidas tomadas pelas políticas responsáveis pela regulamentação de um país.

Já foi o tempo em que as sessões de educação para a saúde se realizavam apenas no sector da saúde. O seu progresso foi moroso devido à ideia de que não era correcto a partilha de informação com os utentes. Ainda hoje, a educação para a saúde continua a ser alvo de desenvolvimentos constantes (Redman, 2003).

Actualmente, a importância da mesma é largamente reconhecida. De tal modo que surgiu a necessidade de abranger mais sectores e *“na Dimensão da Escola Comunitária, integrar a Escola na Vida da Comunidade...e o aproveitamento dos recursos para uma melhor adequação dos resultados...porque não desejamos apenas educar para a saúde mas também criar as condições que estiverem ao nosso alcance para que todos possam crescer para a vida”* (Navarro, 1999:25, 27).

2.1. A Motivação na Educação para a Saúde

Um plano de ensino polivalente e bem concebido, que se adapte às necessidades de aprendizagem do indivíduo, pode melhorar a qualidade de vida, ajudá-lo a recuperar o bem-estar e a possuir maior autonomia, bem como reduzir os custos dos cuidados de saúde, já que se previnem doenças, evitando o tratamento diferenciado e diminuindo o tempo de hospitalização (Potter e Perry, 2003; Smeltzer e Bare, 2002).

A promoção de comportamentos saudáveis, através dos ensinamentos, aumenta a auto-estima, encorajando o indivíduo a ser mais responsável pela

sua saúde. Quando este se torna mais consciente relativamente à sua saúde é mais natural que, perante um problema de saúde, procure obter o diagnóstico precoce (Potter e Perry, 2003).

A mudança do modo de vida é obrigatoriamente voluntária, pois depende do sujeito, *“a confiança na capacidade que tem o ser humano de desenvolver a sua própria potencialidade, pode fornecer-lhe muitas oportunidades e permitir-lhe que escolha o seu próprio caminho e direcção, em sua aprendizagem”* (Rogers1985:134). Grande parte das vezes, a substituição da herança social ou cultural, demonstrando comportamentos, atitudes, valores, experiências ou conhecimentos adquiridos durante a vida é de difícil transformação, uma vez que todas essas parcelas permanecem enraizadas nas pessoas com demasiada força (Rodrigues, 2005).

É um processo que se torna difícil de concretizar uma vez que o indivíduo nem sempre aceita que lhe digam o que fazer para alterar comportamentos. Para esta alteração de comportamentos contribui fortemente a existência de motivação por parte do sujeito. A motivação pode ser assim entendida como a vontade da pessoa para aprender (Redman, 2003). Devemos, pois, facilitar o desenvolvimento ou crescimento do outro, ajudando-o a amadurecer, adaptar-se e aproveitar a sua própria experiência, motivando-o.

A motivação é fundamental para que se obtenham bons resultados. De facto, *“A motivação é um conceito que descreve forças actantes em ou dentro de um organismo que inicia, dirige e mantém o comportamento. Explica diferenças na intensidade e direcção do comportamento. Na situação de ensino-aprendizagem, a motivação relaciona-se com a vontade da pessoa aprender”* (Redman, 2003:7).

Existem princípios básicos de motivação que são aplicáveis à aprendizagem em qualquer situação. O referido autor analisa esses princípios e menciona: *“O ambiente pode ser utilizado para chamar a atenção do utente ou do que necessita ser aprendido. Deve-se proporcionar uma atmosfera na qual a aprendizagem seja reforçada (...) Aprender é mais eficaz quando os indivíduos estão prontos para aprender (...) quando desejam fazer algo. (...) A motivação é aumentada pelo modo como o material é organizado. O material*

bem organizado torna a informação significativa para a pessoa” (Redman, 2003:18).

A decisão em alterar comportamentos *“depende de dois factores: a sensação de ameaça pessoal pelo facto de manter esse comportamento, ou seja, de que isso é prejudicial para si próprio e não somente para os outros (vulnerabilidade apercebida); por outro lado, a confiança em ser capaz de conseguir mudar (auto-eficácia ou expectativas de êxito)”* (Redman, 2003:9).

A teoria da motivação para a protecção (Rogers, 1985) referia que os comportamentos relacionados com a saúde são o resultado de quatro componentes: *“A auto-eficácia (por exemplo, “acredito que posso mudar a minha dieta”); a eficácia da resposta (por exemplo, “mudar a minha dieta iria melhorar a minha saúde”); a gravidade (por exemplo, “o cancro do intestino é uma doença grave”); a vulnerabilidade, (por exemplo, “as hipótese de ter um cancro do intestino são altas”)* (Ogden, 1999:41).

A teoria da motivação para a protecção, mais recentemente integra outro componente, o medo. Este, em conjunto com a gravidade e a vulnerabilidade, estão relacionados com a *“avaliação da ameaça”*, ou seja, a estimativa de ameaças externas. De acordo com esta teoria existem duas fontes de informação que influem nos comportamentos: *“Ambiental (por exemplo, persuasão verbal, aprendizagem através da observação) e intrapessoal (por exemplo, experiência anterior), ... que, por sua vez, suscitam uma resposta adaptativa, isto é, intenção comportamental ou uma resposta não adaptativa, por exemplo evitamento, negação”* (Ogden, 1999:42). Schwarzer (1992) afirmou que a auto-eficácia é *“o melhor preditor das intenções de comportamento e da mudança de comportamentos”* (Ogden, 1999:51).

Os comportamentos de saúde e a promoção de mudanças são alvo de muitos estudos, por se conhecer a importância destes factores na saúde das pessoas. A alteração de procedimentos leva algum tempo. A aquisição de condutas que permitam melhorar, restabelecer ou recuperar a saúde desenvolvem-se a longo prazo, continuada e gradualmente. *“É como uma escada pela qual é preciso subir, e em que cada degrau representa uma fase desse processo”* (Rodrigues, 2005:48).

Podemos, assim, acrescentar que o sucesso de todo este processo depende intimamente da preparação dos profissionais em permanente inserção

na comunidade e da organização dos serviços de saúde e da educação adaptada e ajustada às necessidades reais da população onde actua.

Como já foi referido, o principal objectivo da educação para a saúde é promover, nos comportamentos de saúde, mudanças positivas. Entende-se por comportamento de saúde *“o padrão de comportamento observável, as acções e hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria da saúde”* (Russel, 1996:5).

Os comportamentos de saúde dos indivíduos têm um carácter de adesão ou de não adesão à vertente preventiva, que é necessário esclarecer: qual a razão que promove tal atitude? A adesão deve considerar-se um fenómeno dinâmico e complexo, que pode modificar-se com o tempo. Quando o indivíduo adere, existe um envolvimento voluntário maior e mais activo, numa determinada conduta aceite para obter um resultado desejado. Age de acordo com as normas preventivas ou terapêuticas porque necessita “ficar bom”. Encontrando-se bem e com saúde (mesmo aparente), pode negligenciar os comportamentos saudáveis e a prevenção integral pode não fazer parte do seu quotidiano.

Assim, devemos considerar que: *“Torna-se curioso verificar que o nível de adesão parece decrescer quando o regime recomendado é exactamente ao nível profiláctico, isto é, intervém numa altura em que não se verificam sintomas desagradáveis. Assim, como o indivíduo não se sente incomodado, também não se mostra receptivo a aderir a comportamentos preventivos tal como seria desejável”* (Andrade, 2001:23).

Do exposto, deduz-se que, em todo este processo complexo que é o de mudar comportamentos, é muita a responsabilidade de todos, pois a educação para a saúde é uma parte essencial na prática de todos os profissionais de saúde e da educação: *“A prática ética exige que os profissionais sejam competentes na Educação para a Saúde, evitando os danos que esta prática pode fazer (tal como a confusão debilitante ou perda de autoconfiança), e o exame sério das razões dos utentes ou dos membros da família para mudar crenças ou práticas, frequentemente com grande custo para eles próprios”* (Redman, 2003:3).

2.2. O Percurso da Educação para a Saúde

Para que a aprendizagem seja eficaz, entendendo-se por aprendizagem, *“uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável”* (Tavares e Alarcão, 1990:86), o educador deve avaliar a determinação do indivíduo, a sua motivação e o seu desejo de aprender, tendo em conta as experiências passadas e a sua capacidade perceptual.

Torna-se necessário o estabelecimento preciso de objectivos educacionais, o que contribui para a orientação das actividades de ensino. Estes objectivos devem ser definidos, pelo menos em parte, pelo indivíduo (Redman, 2003).

Os métodos e os meios para realização de educação para a saúde, devem obedecer a alguns princípios como:

- O conteúdo que pretendemos transmitir;
- O receptor;
- Os encargos económicos, de pessoal e de tempo.

É facilmente compreensível que as sessões individuais e de pequenos grupos se tornam muito mais dispendiosas em tempo e dinheiro. Elas podem ser levadas a cabo de uma forma espontânea (relativamente ao indivíduo e à família, na consulta, no domicílio ou em qualquer lugar onde se esteja em contacto com a pessoa), ou através de um programa educativo. Em suma, todas as actividades educativas devem ser programadas, com objectivos definidos em tempos, métodos e conteúdos.

Relativamente aos objectivos, não se pode deixar de salientar que, estes devem ser claros, definidos com sentido de realidade e mensuráveis/avaliáveis. Além disso, devem ser centrados no indivíduo e indicados em termos comportamentais de forma a que o progresso possa ser medido e avaliado. Para assegurar que os objectivos estão orientados para o aluno, devem ser estabelecidos conjuntamente por este, pelos profissionais de saúde e pelo professor. *“Ter as pessoas que aprendem a auxiliar na definição de objectivos aumenta a probabilidade de que os compreenderão e queiram alcançar”* (Redman, 2003:18).

A aprendizagem é mais eficaz quando o aluno está motivado, e fixar os próprios objectivos é um reflexo dessa motivação. Definir os objectivos de

forma conjunta também ajuda a reduzir a ansiedade, já que este formará uma ideia mais clara do que pode esperar do profissional de saúde, do professor e de si mesmo, mantendo assim um certo controlo sobre o processo de aprendizagem (Cheeseman, 1989).

Relativamente aos conteúdos eles podem distribuir-se pelos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Todos estes conteúdos, bem como a metodologia utilizada, devem estar adequados e programados de acordo com a população a que se destinam:

- Indivíduo, família ou colectividade;
- Idade e nível educacional, profissão, etc.;
- Características do grupo (diabéticos, hipertensos, etc.).

No que diz respeito aos meios utilizados na educação para a saúde, eles encontram-se também condicionados pelos conteúdos educativos, pela população com quem comunicamos e pela disponibilidade económica, pessoal e de tempo da instituição.

Assim, podemos utilizar estratégias para valorizar a aprendizagem como: *“materiais impressos, audiovisuais, demonstrações, oradores convidados, representações, passeios ao ar livre, apresentação de utentes com a mesma sintomatologia, conselhos e explicações (testemunhos) de utentes com a mesma sintomatologia”* (Stanhope *et al*, 1999:279).

Os materiais impressos como folhetos, desdobráveis, etc., são geralmente utilizados com carácter divulgativo, cujo conteúdo é de interesse prático para a população. Podem apresentar-se em banda desenhada, e/ou textos descritivos. A linguagem deve ser simples e objectiva.

Distribuem-se individualmente em consultórios, Escolas, hospitais, salas de espera, etc., e englobam temas como a prevenção de acidentes, calendário da vacinação, planeamento familiar, entre outros.

Os cartazes utilizam-se geralmente como um complemento dos folhetos e podem ser de carácter motivador, instrutivo e divulgador. *“Aprender a partir de materiais impressos é uma forma de economizar tempo, se estiverem bem elaborados para promover a aprendizagem e se estiverem de acordo com os níveis de literacia dos utentes”* (Redman, 2003:51). Diapositivos cuja informação pode ser escrita ou através de imagens são utilizados geralmente aquando de uma exposição.

Nos ensinamentos formais ou informais, devem-se utilizar os seus conhecimentos específicos sempre actualizados e estabelecer prioridades. A informação deve ser transmitida de forma personalizada, clara e objectiva e *“utilizar uma linguagem mais simplificada, adaptada ao nível escolar dos formandos, embora sem imprecisões e erros”* (Bonito, 2009:399).

Para aumentar a eficácia da comunicação é necessário criar empatia, de forma a conseguir estabelecer uma relação de confiança com o utente/família, proporcionando-lhes um espaço onde seja possível expor dúvidas e preocupações.

Pretende-se que a comunicação seja bilateral, ou seja, que se verifique troca mútua de informação, devendo ainda os profissionais da educação para a saúde aperceber-se de factores que possam dificultar esta troca.

Não se pode deixar de referir mais pormenorizadamente, a última etapa do processo de ensino/aprendizagem: a avaliação. Esta pode realizar-se mediante uma interacção contínua e bidireccional entre o indivíduo e os profissionais da educação para a saúde durante as sessões de ensino.

O processo de ensino-aprendizagem deve ser avaliado tanto pelo educador como pelo indivíduo. Avaliam-se as mudanças na saúde e nos comportamentos, resultantes da educação.

A avaliação permitirá concluir que houve aprendizagem e que os profissionais da educação foram professores eficientes. Se existirem discrepâncias entre os resultados desejados e os resultados que foram obtidos, poder-se-á recorrer ao método de resolução de problemas a fim de fazer as necessárias rectificações e reforçar o processo de ensino/aprendizagem (Bolander, 1998).

Essa avaliação é feita continuamente, de modo a verificar se os objectivos estão ou não a ser atingidos, e muitas das vezes, torna-se necessário o re-ensino (Potter e Perry, 2003).

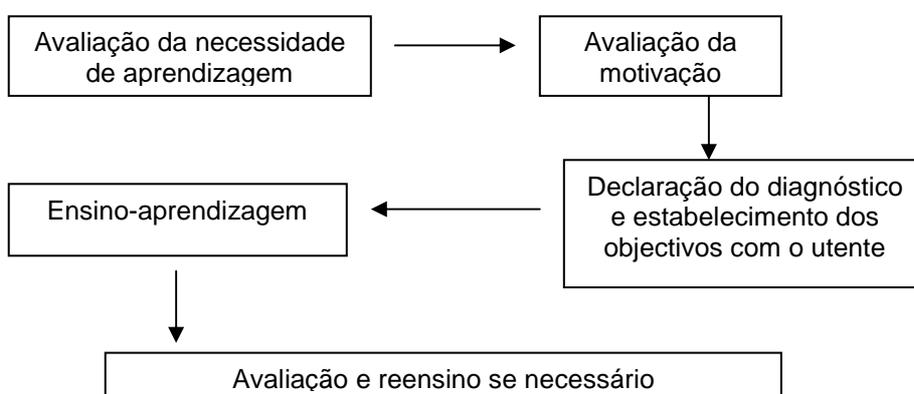
Estas estratégias de actuação, inter-relacionadas, procuram promover no outro a adopção de comportamentos mais ajustados e mais saudáveis para a vida.

2.2.1. Finalidades da Educação para a Saúde

Convém, para uma melhor compreensão, referir que nas actividades diárias se abordam indistintamente os vocábulos “Educação para a Saúde” e “Ensino”.

Redman (2003) compara estas duas vertentes e refere que a área com a qual a Educação para a Saúde está mais aproximada é com os Ensinos de Saúde. “O ensino é o arranjo deliberado de condições para promover o alcance de alguma meta intencional” (Redman, 2003:3).

Esta autora resume do seguinte modo o processo de ensino:



A Educação para a Saúde é encarada como uma prática baseada num conjunto de teorias, em resultados de investigação e em competências que devem ser aprendidas e praticadas e movimenta-se para a comunidade, o que faz com que se aperfeiçoe a distinção entre Educação para a Saúde e Ensino de Saúde (Redman, 2003).

O quadro seguinte descreve as diferenças entre estas duas áreas.

Quadro 1 – Comparação entre Educação para a Saúde e Ensino de Saúde

Foco	Educação para a Saúde	Ensino de Saúde
Filosofia	Utilização de informação e de competências independentemente da finalidade pretendida	Mudança de comportamento para promoção da saúde e conformidade com o regime médico
Unidade de serviço	Indivíduos, famílias e outros grupos	Populações específicas
Sistema de prestação de cuidados	Cuidados clínicos por todos os prestadores directos de cuidados, em qualquer serviço e/ou contexto	Campanhas que incluem os meios de comunicação social e o trabalho através de instituições comunitárias
Conteúdo	Experiências e estratégias de <i>coping</i> dos utentes, ajudando-os a desenvolver o auto-cuidado e as competências e apoiando-os nas suas decisões	Factores de risco, comportamentos de saúde

Teoria de base	A partir da prática e da experiência, aprendizagem e teorias de ensino	Behaviorismo, epidemiologia
Aspectos éticos	Estabilidade científica e preconceito cultural sobre o que se pede aos utentes que aprendam; possível manipulação subtil na relação entre o prestador de cuidados e o utente; efeitos colaterais inadvertidos (por exemplo, perda de autoconfiança)	Estabilidade científica e preconceito cultural sobre o que se pede aos utentes que aprendam; manipulação pelo governo, sob o qual e programas são levados a efeito; efeitos colaterais inadvertidos tais como “culpar a vítima”
Literatura	Integração de literatura sobre a doença ou o problema de saúde	Literatura de saúde pública e algumas publicações especializadas
Desafios	Confiança no sistema de prestação de cuidados, incluindo resultados mensuráveis	Obter relação muito poderosa entre prestador de cuidados e utente

Fonte: Redman (2003:4)

Em síntese, pode-se constatar que, para Redman (2003), os ensinamentos em saúde são mais de carácter individual e visam especificamente a mudança de comportamentos (Behaviorismo), numa dimensão restrita ao problema da pessoa ou grupo, enquanto a educação para a saúde é de carácter mais abrangente independentemente da finalidade pretendida e visa desenvolver competências gerais.

Na Escola, o método ideal de educação para a saúde parece ser o de incluir o ensino da saúde em todos os assuntos educacionais, sem lhe dar o aspecto de “assunto independente”, *“tanto alunos como professores sejam capazes de ligar, cada vez mais e mais facilmente, os conteúdos das disciplinas à vida”* (Navarro, 1999:24).

As crianças, na idade escolar, são muito receptivas aos ensinamentos da educação para a saúde. É sob esta orientação que nas *“metas da saúde para todos”* (Organização Mundial de Saúde, 1985), se apontam como actividades a desenvolver os componentes de informação e educação, no ensino básico e secundário, espaço para a educação para a saúde, pois é na infância e na adolescência que se desenvolvem com facilidade todas as capacidades.

As atitudes que se adoptam durante estas fases do desenvolvimento têm um efeito determinante na saúde do adulto e um impacto sobre a duração e a qualidade de vida do indivíduo e é um erro supor que a educação familiar é menos eficiente ou que pode ficar em segundo plano.

Os estudos epidemiológicos mostram que uma grande parte dos problemas de saúde causadores de morte e morbidade estão relacionados

com o estilo de vida, no qual se incluem os comportamentos de saúde (Rouquayrol, 1994). Entre as condutas nada saudáveis para a saúde estão o consumo de drogas (tabaco, álcool e drogas), o sedentarismo, a alimentação desregrada (excesso de gorduras inadequadas e hidratos de carbono, carência de fibras e vitaminas), situações de *stress*, promiscuidade sexual, violência, condução perigosa e a má utilização dos serviços de saúde.

Se o estado de saúde está directamente relacionado com os comportamentos das pessoas devemos procurar as vias mais adequadas para promover a adopção de comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais. Para isso é necessário compreender os factores determinantes dos estilos de vida das pessoas.

As crianças são o grupo alvo prioritário da educação para a saúde porque a adopção de comportamentos faz parte integrante da sua socialização pelo que é indispensável dar lugar relevante aos comportamentos favoráveis à saúde; por outro lado e de uma maneira geral, é mais eficaz induzir um comportamento positivo na criança que modificar um comportamento negativo no adulto.

Assim, na Escola, o agrupamento de crianças, o ambiente pedagógico, o prestígio dos professores, parecem ser trunfos muito importantes para fazer passar a mensagem educativa.

Na comunidade, os grupos, as associações, os grupos de trabalhadores, particularmente nas fábricas, oferecem importantes oportunidades e possibilidades de educação para a saúde.

É tarefa de todas as instituições educar para a saúde. É um dever da administração em geral, dos governos, proteger e elevar a saúde da população. A este respeito refira-se que, *“Os locais onde a Educação para a Saúde se exerce são igualmente diversos, incluindo universidades, escolas, hospitais, farmácias, zonas comerciais, organizações da comunidade, organizações voluntárias de saúde, locais de trabalho, igrejas, prisões, serviços de saúde”* (Russel, 1996:5).

Sem dúvida que as Instituições de Saúde, nomeadamente os Centros de Saúde que são receptores da doença, como lugar de escuta do desconhecimento, do erro, dos hábitos perniciosos, das actuações negativas, é onde melhor se percebe a necessidade de educação para a saúde, mas as

Escolas básicas e secundárias são-no também, uma vez que os professores em contacto diário com os alunos apercebem-se facilmente das necessidades, por vezes prementes, em educação para a saúde.

Os profissionais de saúde são quem recebe o produto do desequilíbrio do Homem e do seu meio, umas vezes por causas imprevisíveis e outras porque a informação, o conhecimento e a prevenção foram esquecidos.

É por todas estas razões que nos devemos preocupar com as diversas partes do sistema de saúde e da educação, bem como com todos que aí trabalham, a fim de servirem de meio à educação para a saúde e que as Escolas e Instituições de Saúde se convertam em promotores e não em protagonistas únicos do processo em causa.

Se partirmos do princípio que o objectivo fundamental da educação para a saúde é elevar o nível de saúde da população, é evidente que a participação desta para o alcançar é imprescindível.

A fim de se incentivar a participação activa da população, é de necessidade primordial a ampliação dos seus conhecimentos sobre saúde/doença, que conheçam os seus riscos de modo a que a possam prevenir e adquirir determinados hábitos e práticas saudáveis.

Não menos importante é a possibilidade de promover individual e colectivamente a saúde do seu meio, bem como o conhecimento do sistema de saúde onde se encontram inseridos, a melhor utilização do mesmo e os seus direitos e deveres.

2.3. Teorias e Modelos – da Aprendizagem e de Educação para a Saúde

A educação para a saúde é integrada ao longo dos cuidados aos indivíduos e grupos em todos os sectores e contextos e necessita de modelos processuais de diagnóstico, intervenção e avaliação.

Como o âmbito da educação para a saúde tem progredido ao longo do tempo, têm surgido esquemas ou modelos para o planeamento dos seus programas que sintetizam algumas das teorias-chave nas perspectivas individual, inter-pessoal e comunitária, proporcionando aos educadores em saúde sínteses prontas a utilizar. Na base destes modelos estão as teorias do comportamento que podem ser usadas como linhas orientadoras nas intervenções de educação.

Assim, abordando a problemática da aprendizagem na educação para a saúde, apresentam-se algumas das teorias explicativas do comportamento que são o sustentáculo da aprendizagem, porque as estratégias dirigidas para a promoção da saúde e educação para a saúde não podem confinar-se a métodos informativos ou persuasivos para mudar comportamentos, mas devem originar modificações de contexto e de dimensão comunitária (Rodrigues *et al*, 2008).

Teorias Behavioristas

O behaviorismo é um estudo científico, puramente objectivo do comportamento humano. São alguns dos seus representantes, Watson (1878-1958), Thorndike (1874-1949) e Skinner (1938) que referiram que o homem é um organismo que responde a estímulos exteriores mais ou menos mecânicos e imprevisíveis. Consideram a aprendizagem como uma forma de condicionamento por reforço (Gleitman, 1993). É uma teoria que realça o «saber fazer», o comportamento exterior, observável e passível de ser medido. Como forma de condicionamento consideram os alunos passivos e moldáveis. Pressupõe não apenas o objectivo a atingir mas também as capacidades do aluno no início da aprendizagem e estipula uma continuidade lenta e planeada das actividades a efectuar para percorrer o caminho entre o comportamento inicial e o comportamento final. Para estes princípios as técnicas de ensino são: exercícios de repetição, ensino individualizado de tipo programado e demonstrações de actividades a imitar sem grandes explicações e depois recompensar ou punir consoante os comportamentos/aprendizagens adquiridos (Tavares e Alarcão, 1990).

Teorias Cognitivas

Estas teorias tiveram como pioneiros Köhler (1887-1967), Koffka (1886-1941), Lewin (1890-1947), Piaget (1896-1980) entre outros (Tavares e Alarcão, 1990; Gleitman, 1993). Kurt Lewin com a teoria de campo – que teoriza que o todo, a estrutura, é mais do que a soma das suas partes - afirma que a aprendizagem “*se realiza num campo de acção em que um conjunto de factores interferem e condicionam o comportamento de uma pessoa numa determinada situação*” (Tavares e Alarcão, 1990:100).

Princípios psicopedagógicos destas teorias na prática:

- O ensino deve ser iniciado por conjuntos significativos e descer gradativamente às especificidades que depois devem ser relacionados com o conjunto.
- Ajudar o aluno a perceber a estrutura da tarefa a aprender apresentando-a na sua totalidade, nos seus vários elementos e nas relações das suas partes com o todo.
- Motivar o aluno para a aprendizagem, relacionando-a com as suas necessidades pessoais e os objectivos da aprendizagem.
- A estrutura cognitiva depende da visão do mundo e das experiências anteriores.
- Fornecer informações, mostrar factos para facilitar a compreensão (Tavares e Alarcão, 1990).

Assim, os princípios psicopedagógicos das teorias cognitivas sustentam *“a motivação, o desenvolvimento de expectativas, as condições de conhecimento intuitivo (insight), a compreensão, a relação do «novo» com o «adquirido», a sistematização e a transferência para situações novas, idênticas”* (Tavares e Alarcão, 1990:93) e pressupõe técnicas de ensino como *“ensino pela descoberta, ensino por descoberta guiada, questionários orientadores e de revisão, apresentação de objectivos, debates, discussões, estudos de caso, etc.”* (Tavares e Alarcão, 1990:93).

Teoria da Aprendizagem Social

Esta teoria defende que o comportamento é uma função de expectativas individuais sobre o valor de um resultado ou êxito pessoal, *“vêm a aprendizagem por observação como um dos mecanismos mais poderosos de socialização”* (Gleitman, 1993:679).

A Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura também denominada por Teoria Social Cognitiva e Auto-Eficácia (Bandura, 1989, 1992, 1994) é uma psicologia verdadeiramente abrangente, retomando elementos tanto dos comportamentalistas como dos cognitivistas. *“Adopta a perspectiva da agência para o auto desenvolvimento, a adaptação e a mudança. Ser*

agente significa influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional” (Bandura et al, 2008:15).

Esta teoria de Bandura tem como base dois pressupostos importantes, a modelagem e a auto-eficácia e o comportamento integra uma disposição em que os seus elementos, comportamentos, determinantes pessoais e influências ambientais, são interactivos entre si (Bandura, 1989, 1992, 1994).

Para Bandura, o comportamento, as estruturas cognitivas internas e o meio interagem para que cada uma actue como determinante indissociável da outra. O comportamento do ser humano deve ser analisado em função de uma interacção recíproca e contínua entre as condições ambientais, as cognições e as acções do sujeito. Esta perspectiva é designada pelo autor como “determinismo recíproco” (Bandura, 1989).

A Teoria da Aprendizagem Social sustenta que existe uma interacção recíproca continuada entre determinantes cognitivos, comportamentais e ambientais que dão origem ao comportamento humano. Quer isto dizer que no funcionamento humano, as pessoas não estão impotentes, nem controladas pelos factores ambientais. As pessoas e o seu ambiente são determinantes recíprocos uns dos outros (Bandura, 1977).

Há um mecanismo interposto entre o estímulo e a resposta, que nada mais é do que o processo cognitivo do indivíduo, *“as pessoas são auto-organizadas, proactivas, auto-reguladas e auto-reflexivas, contribuindo para as circunstâncias de suas vidas, não sendo apenas produtos dessas condições”* (Bandura et al, 2008:15).

Demonstrou, na prática, a capacidade das pessoas aprenderem quase todos os tipos de comportamento sem receberem directamente qualquer reforço ou resposta. Não é o esquema de reforço em si que produz efeito na mudança do comportamento de uma pessoa, mas o que ela pensa desse esquema. A aprendizagem observacional ocorre por meio de "modelos" (Gleitman, 1993). As pessoas padronizam os seus estilos de pensamento e comportamento segundo exemplos funcionais de outras pessoas (Bandura et al, 2008). Este autor refere que a aprendizagem ocorre por meio de reforço vicário, ou seja, através da observação que permite dotar os indivíduos de conhecimentos e competências, através da informação proporcionada pela diversidade dos modelos (Bandura, 2001), ou seja, mediante a observação do

comportamento das outras pessoas e através da constante imitação adquirem elas próprias as competências necessárias (Gleitman, 1993).

A modelagem é uma capacidade humana universalizada. O que é modelado, *“a maneira em que as suas influências são estruturadas socialmente e os propósitos que elas têm variam em diferentes meios culturais ... e ... ocorre por meio de quatro subfunções cognitivas, abrangendo processos de atenção, representação, tradução activa e processos motivacionais”* (Bandura et al, 2008:34,17). As representações cognitivas transmitidas por meio de modelagem servem como guias para a produção de desempenhos hábeis e como padrões para fazer ajustes correctivos no desenvolvimento da proficiência comportamental (Bandura et al, 2008).

Há outras teorias que sustentam que a modelagem é oposta à criatividade. A criatividade implica sintetizar o conhecimento existente em novas maneiras de pensar e de fazer as coisas (Bandura, 1986). Este autor conseguiu mostrar como a inovação pode emergir por intermédio da modelagem. Quando os indivíduos são expostos a modelos diferentes dos seus estilos de pensamento e de comportamento, raramente criam os seus padrões de comportamento com base numa única fonte e não adoptam todos os atributos, mesmo dos seus modelos preferidos. Pelo contrário, combinam diversos aspectos de diferentes modelos e assim surge um modelo individual que difere das fontes observadas. Assim, *“dois observadores podem criar novas formas de comportamento inteiramente por meio da modelação, misturando selectivamente características distintas dos diferentes modelos”* (Bandura et al, 2008:19).

A Teoria da Aprendizagem Social de Bandura constitui um instrumento que permite prever a orientação das mudanças de comportamento de saúde e a sua estabilidade no tempo. Introduce o conceito de auto-eficácia, que é a convicção de efectuar com sucesso o comportamento solicitado, com o fim de produzir os respectivos resultados.

A teoria da auto-eficácia é um complemento chave na teoria de Bandura e este definiu-a como *“um julgamento das próprias capacidades de executar cursos de acção exigidos para se atingir certo grau de performance”* (Bandura, 1986:391). A auto-eficácia, *“como julgamento da capacidade pessoal, não significa auto-estima, que é um julgamento do amor-próprio, e nem locus de*

controle, que é a crença se os resultados são causados pelo comportamento ou por forças externas” (Bandura et al, 2008:32).

Bandura distingue dois componentes de auto-eficácia: as crenças ou expectativas de auto-eficácia e as expectativas de resultados ou percepção de controlo quanto aos resultados. As expectativas de resultado referem-se à crença do indivíduo, de que um dado comportamento levará a um resultado específico, isto é, na relação entre as acções e resultados a pessoa pode não ter qualquer controlo. As expectativas de auto-eficácia referem-se à convicção de que a pessoa é capaz do comportamento necessário para produzir o resultado. É fundamental distinguir estes dois componentes porque um indivíduo pode crer que uma acção levará a um resultado, mas duvidar das suas aptidões para a realizar (Bandura, 1986).

Não basta o indivíduo ter competências auto-reguladoras se não tem capacidades para as aplicar eficazmente e sempre que se encontre em momentos mais complicados. É necessário que o indivíduo acredite nas suas aptidões de que é capaz de controlar os seus comportamentos (auto – eficácia percebida). Este conceito está relacionado com a convicção que a pessoa tem em relação ao controlo que possui (ou não), em relação à motivação que tem, comportamentos e o próprio contexto social (Bandura, 1989, 1992 e 1994).

Assim, este modelo enfatiza que mais importante que alterar um comportamento é elevar o grau de eficácia interpessoal com o propósito de diminuir as probabilidades de comportamentos de risco.

De acordo com esta teoria, um programa que tenha como objectivo a mudança comportamental deverá ter atenção a quatro aspectos principais: a informação; as competências auto-reguladoras e auto-protectoras; o treino das competências sociais e aumento da resistência de auto-eficácia; a criação de apoio social e de um ambiente reforçador das mudanças desejáveis, com a finalidade de influenciar os comportamentos, os determinantes pessoais e as influências ambientais (Bandura, 1992).

A informação deve ser bem planeada pois é a partir dela que o indivíduo vai adquirir consciência e conhecimento em relação aos estilos de vida. Quanto mais informação o indivíduo possuir mais aumentará os sentimentos de auto-eficácia, possibilitando que o indivíduo adopte medidas preventivas (Bandura, 1992).

Quanto ao segundo factor, o objectivo é proporcionar ao indivíduo as competências fundamentais para que as aplique na prática em situações mais ou menos complexas. O processo de modelagem permite através do visionamento de vídeos ou de *role playing*, a aprendizagem de competências e de conhecimentos para lidarem com conjunturas onde estão envolvidos os outros ou situações em que esteja só o próprio (Bandura, 1992).

O terceiro factor desenvolve no indivíduo o aumento das competências sociais e aumenta a resistência de auto-eficácia, isto é, após identificarem essas competências vão exercitá-las através da simulação. Para que a prática simulada (*role play*) seja eficaz é indispensável que os indivíduos estejam convencidos da sua eficácia para que o esforço empregue seja o suficiente nos contextos que poderão colocar à prova as suas capacidades (Bandura, 1992).

O último factor está relacionado com a formação da rede social/suporte social e com a criação de um ambiente favorável e reforçador para que a mudança pretendida se verifique. O indivíduo só procederá a uma mudança de comportamento, quando antevê que a sua conduta constitui um risco para a sua saúde. Assim, as estratégias tornam-se importantes para que a transformação suceda e para que o indivíduo confie nas suas capacidades para conduzir a situação. Estas mudanças ocorrem num ambiente onde a interacção entre os indivíduos sucede, ou seja, acontecem numa rede de influências sociais que são geradoras de alguns comportamentos de risco principalmente nos adolescentes (fumar, beber álcool, sexo não seguro, etc.) (Bandura, 1992). A influência social é mais eficaz se for praticada por elementos do próprio grupo de pertença do que se for exercida por elementos externos ao grupo (Bandura, 1989,1992).

Assim, esta teoria baseia-se na aprendizagem por imitação e observação de modelos para que se adoptem comportamentos saudáveis e constata-se que para a mudança comportamental se realizar, o indivíduo tem que ter aptidões, estar motivado e possuir capacidade auto-directiva (factores cognitivos, afectivos e biológicos). Como complemento e para que a mudança seja eficaz, é necessária uma boa rede social para que o indivíduo a efective (influências ambientais).

De acordo com esta teoria, que se fundamenta no comportamento determinado pelas expectativas (Russel, 1996) e pela “*compreensão na*

conduta e no pensamento interpessoais” (Gleitman, 1993:681), nas intervenções de educação para a saúde os indivíduos podem aprender observando o comportamento dos outros e observando os resultados desses comportamentos e se os indivíduos crêem que um resultado é desejável e atingível estão mais inclinados a mudar o seu comportamento para atingir esse objectivo – comportamento em função de expectativas individuais sobre o valor de um resultado (Stanhope, *et al* 1999).

Teorias Humanistas

As teorias humanistas são uma corrente da psicologia que se baseia no pressuposto que o educando *“deve ter mais responsabilidade para decidir o que quer aprender e para ser mais independente e auto-orientador na sua aprendizagem”* (Tavares e Alarcão, 1990:111). São alguns dos seus representantes, Maslow, Buhler, Rogers e Coombs.

Pelo seu carácter naturalmente humano, a Teoria de Carl Rogers contém muitas das respostas para os problemas que desafiam os educadores. Segundo o autor, o professor que descobre, na sua autenticidade, um caminho facilitador para a aprendizagem significativa, isto é, uma aprendizagem que provoca modificações no comportamento do indivíduo e que não se limita ao aumento de conhecimentos (Rogers, 1985-a), e que ainda propicia na sala de aula um ambiente de liberdade, cooperação e questionamentos que conduz o aluno a ser o centro de todo esse processo (Rogers, 1974), tem a chave de todo o processo de aprendizagem na visão humanista. O educando cresce e adquire experiência se se lhe deixa livre iniciativa para descobrir o seu próprio caminho num processo de *“tornar-se pessoa”* (Rogers, 1985-b).

Rogers considera a ciência comportamental uma forma de manipulação da mente do ser humano, desrespeitando a liberdade de cada um, ignorando assim os sentimentos, desejos e aspirações, *“uma pessoa aprende significativamente apenas aquelas coisas que apreende como ligadas à manutenção e desenvolvimento da estrutura do ego”* (Rogers, 1974:382). Este autor considera a abordagem centrada na pessoa e o papel facilitador do professor como fundamentais para a aprendizagem.

“O professor facilitador partilha com os outros - os estudantes e, possivelmente, também os pais e membros da comunidade – a

responsabilidade pelo processo de aprendizagem. Fornece os recursos de aprendizagem, de dentro de si próprio e de sua experiência, de livros, de materiais ou de experiências da comunidade. Ele incentiva os estudantes a adicionar recursos de que têm conhecimento ou nos quais possuem experiência. Abre também as portas a recursos externos à experiência do grupo” (Rogers, 1985-a:194).

Um relacionamento interpessoal, afectuoso e com interesse para ambos, professor e aluno, juntos, a caminhar para a aprendizagem significativa. O professor passa a ser considerado um facilitador da aprendizagem, não aquele que transmite conhecimento, e sim aquele que auxilia os alunos a aprender a viver como indivíduos em processo de transformação. Estes são incentivados a procurar o seu próprio conhecimento, conscientes da sua constante transformação. Neste ambiente que promove o crescimento a *“d direcção é auto-escolhida, a aprendizagem é auto-iniciada e a pessoa integral envolvida no processo”* (Rogers, 1985-a:195).

Princípios psicopedagógicos desta teoria na prática:

- Aprendizagem centrada no aluno.
- Auto-aprendizagem e auto-avaliação.
- Aprendizagem dos sentimentos, dos conceitos, das habilidades.
- Ajudar a «tornar-se pessoa».
- Atmosfera emocional positiva, empática (Tavares e Alarcão, 1990).

Aprender não se reduz à aquisição de mecanismos de estímulo-reacção. É um processo pessoal, de natureza vivencial em que se preconiza *“que o estudante desenvolva o seu próprio programa de aprendizagem, sozinho ou em cooperação com outros. Explorando os próprios materiais, defrontado com os recursos, o estudante efectua as escolhas quanto à sua própria direcção de aprendizagem e tem a responsabilidade pelas consequências destas escolhas. A disciplina necessária para atingir as metas é uma auto-disciplina”* (Rogers, 1985-a:195).

Os humanistas encorajam os educadores para a saúde a não serem excessivamente controladores e limitadores com os indivíduos, mas sim, ajudá-los a desenvolver, a crescer e a auto-exprimirem-se (Stanhope, et al 1999).

Modelo Transitório da Mudança Comportamental

Com o intuito de compreender como as pessoas mudam, Prochaska e DiClemente (1982), desenvolveram o Modelo Transitório de Mudança Comportamental em que descrevem a prontidão para mudar como estádios de mudança através dos quais o indivíduo transita. Este modelo está baseado na premissa que a mudança comportamental é um processo, e que as pessoas têm diversos níveis de motivação para mudar.

Prochaska e DiClemente (1992), ao desenvolverem um instrumento para identificar os estádios de mudança, quando os indivíduos iniciam um tratamento, chegaram a quatro estádios bem definidos, fiáveis e relacionados entre si: pré-contemplação, contemplação, acção e manutenção.

A pré-contemplação é um estágio em que não há intenção de mudança nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento-problema; a contemplação caracteriza-se pela consciencialização de que existe um problema, no entanto há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança; a acção dá-se quando o indivíduo escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e toma uma atitude neste sentido e a manutenção é o estágio onde se trabalha a prevenção da recaída e se fortalecem os ganhos adquiridos durante a acção.

De acordo com Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) o indivíduo não se move nos estádios de forma linear-causal, em que há uma causa, um efeito e conseqüente alteração no comportamento dependente. As mudanças de estádios são melhores representadas por uma espiral, em que as pessoas podem progredir ou regredir sem ordenação lógica.

Teoria da Autodeterminação

Deci e Ryan (1985, 2002) propõem a Teoria da Autodeterminação na qual defendem que os objectivos subjacentes à motivação são diferentes de indivíduo para indivíduo e são um *continuum* entre a motivação intrínseca e a motivação extrínseca dependendo do nível de interiorização que o sujeito faz das suas experiências. Uma regulação intrínseca interpreta o tipo de motivação inata e instintiva em que o indivíduo faz algo pelo interesse e prazer que essa acção lhe proporciona, pelo contrário, na motivação extrínseca o sujeito actua pela conseqüência resultante do seu desempenho. A motivação intrínseca é o

fenómeno que melhor explicita o potencial positivo da natureza humana, sendo considerada por Deci e Ryan (2000), entre outros, o suporte para o crescimento, integridade psicológica e coesão social. Caracteriza uma propensão inata para diligenciar a novidade, o desafio e para entender e desenvolver as próprias aptidões. Diz respeito ao interesse numa determinada função por esta ser agradável, envolvente ou porque cria satisfação.

Curva de difusão das inovações de Everett M. Rogers

Um dos autores de destaque quando o assunto é inovações é Everett M. Rogers. Este é conhecido pelos seus estudos sobre a difusão da inovação. Os seus estudos são abrangentes e vão desde os elementos da difusão e da história da pesquisa sobre a difusão, até aos geradores da inovação, agentes de mudança e as consequências das inovações. A inovação é *“uma ideia, prática ou objeto que é percebido como novo por um indivíduo ou outra unidade de adopção”* (Rogers, 2003:12).

O conceito de difusão da inovação *“é o processo pelo qual uma inovação é comunicada através de certos canais ao longo do tempo para os membros de um sistema social. É um tipo especial de comunicação, no qual as mensagens estão relacionadas com novas ideias”* (Rogers, 2003:12).

As cinco etapas do processo decisório de um indivíduo ou outra unidade tomadora de decisão em relação a uma inovação são descritas como: *“conhecimento, quando se entende como a difusão funciona; persuasão, quando forma uma atitude favorável ou desfavorável em relação a ela; decisão, quando se envolve em actividades que leva a uma escolha de adoptá-la ou rejeitá-la; implementação, que ocorre quando ele põe a nova ideia em uso; confirmação, que toma lugar quando quer reforçar uma decisão já tomada, mas que pode ser revertida se exposto a mensagens conflitantes sobre a inovação”* (Rogers, 2003: 169). Para se compreender melhor como o processo se realiza, enunciam-se os quatro elementos principais da difusão da inovação, propostos por Rogers (2003), que são a inovação, os canais de comunicação, o tempo e o sistema social. Em que os canais de comunicação são *“os meios pelos quais as mensagens vão de um indivíduo para outro”* (Rogers, 2003:18) e o sistema social como *“um conjunto de unidades inter-relacionadas unidas para resolver um problema e atingir um objetivo comum”* (Rogers, 2003:23-24).

Modelos de Educação para a Saúde

De acordo com a abordagem que se efectuou, verifica-se que o conhecimento das diferentes teorias no âmbito da aprendizagem e do comportamento são condições essenciais para o desenvolvimento de programas de intervenção em educação para a saúde porque ajudam a compreender como os indivíduos aprendem e como projectar e implementar a educação.

Existem vários modelos de educação para a saúde e várias classificações de modelos para esta temática. Uns divergem pelos objectivos, outros pelas dimensões e outros mesmo pelas técnicas que implementam (Navarro, 1999).

Para organizar a educação para a saúde usam-se três modelos actuais e úteis que serão descritos sintetizadamente – o Modelo PRECEDE-PROCEED, popular modelo de planificação da autoria de Green, L. W. e Kreuter, M.W., (1980), o Modelo Saúde-Crença proposto por Rosenstock, (1966), Strecher e Becker, (1970) e o Modelo Promoção da Saúde - e ainda os modelos citados por Navarro (1999): o Modelo Tradicional e o Modelo Moderno.

Ao educador compete seleccionar qual o modelo mais apropriado para os programas educacionais.

Modelo de Planificação PRECEDE – PROCEED

Um dos modelos de planeamento mais utilizado, foi desenvolvido por Green & Kreuter em 1980, o modelo PRECEDE-PROCEED. O modelo PRECEDE foi o primeiro a ser desenvolvido. Acrónimo da palavra inglesa: “*Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*”, (constructos predisponentes, que reforçam e possibilitam o diagnóstico e avaliação educacional). Mais tarde, com objectivos específicos de promoção e protecção de saúde surgiu outro modelo para complementar o primeiro, o PROCEED: “*Policy, Regulatory, and Organizational, Constructs in Educational, and Environmental Development*” (constructos de política, regras e estrutura organizacional, no desenvolvimento ambiental e educacional).

Este modelo de planificação descreve uma sequência de fases que se inicia com a identificação da situação problema, análise de comportamentos

subjacentes, intervenção e avaliação. Apresenta uma série de passos a cumprir no planeamento de uma intervenção de educação para a saúde e envolve fortemente o indivíduo numa abordagem de resolução de problemas numa área identificada de necessidades. Focaliza-se na ajuda às comunidades para mudarem os seus comportamentos (Green e Kreuter, 2005).

É constituído por nove fases. As primeiras designam-se por diagnóstico educacional e pretende identificar e descrever os factores associados aos comportamentos alvo e classificá-los de acordo com as suas funções. Depois da identificação dos factores que auxiliarão a adoptar acções para melhorar a saúde, são fixadas prioridades, desenvolve-se e implementa-se o programa e no fim é avaliado (Green e Kreuter, 1991).

Os mesmos autores propuseram a divisão dos factores que afectam individualmente ou colectivamente o comportamento em três categorias distintas. Cada uma delas tem um diferente tipo de influência no comportamento: predispor, capacitar e reforçar (Green e Kreuter, 1991).

Os Factores Predisponentes são “*os antecedentes ao comportamento que proporcionam a base lógica ou a motivação para o comportamento*” (Green e Kreuter, 1991:151). Estes factores incluem conhecimentos, atitudes, crenças, valores, necessidades percebidas e capacidades.

Os Factores Capacitadores são definidos como “*os antecedentes do comportamento que permitem que a motivação se realize*” (Green e Kreuter, 1991:161), ou seja facilitam o desempenho do comportamento. Incluem os aspectos necessários ao comportamento, como os cuidados de saúde, a disponibilidade de recursos e a acessibilidade aos serviços.

Os Factores de Reforço são “*os factores subsequentes ao comportamento que proporcionam a recompensa contínua ou o incentivo para o comportamento e contribuem para a sua persistência ou repetição*” (Green e Kreuter, 1991:165). Estas consequências do comportamento podem ser positivas (recompensado), negativas (punido), sociais (influência dos pares, apoio social, aconselhamento e resposta por parte dos profissionais de saúde), físicas (conveniência ou inconveniência, conforto e dor).

Os factores e respectivas categorias não se excluem, ou seja, um factor pode ser favoravelmente colocado em mais do que uma categoria. O propósito

destas categorias é de dimensionar os factores causais em três classes de intervenção, de acordo com três tipos de estratégias:

1. Comunicação directa - para influenciar os factores predisponentes;
2. Comunicação indirecta através da família, parceiros, professores, profissionais de saúde para influenciar os factores de reforço;
3. Estratégias organizativas ou de formação – para alterar os factores capacitadores (Green e Kreuter, 1991).

Modelo Saúde – Crença

Este modelo, proposto por Rosenstock (1966) e posteriormente desenvolvido na década de 70 por Becker e Strecher, parte do princípio de que os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela percepção da vulnerabilidade das pessoas às ameaças à sua saúde. Desenvolveu-se para prever se as pessoas tomariam ou não medidas preventivas e para sugerir intervenções que pudessem diminuir a relutância dos utentes a decidir-se pelos cuidados de saúde (Stanhope *et al*, 1999).

Os três principais componentes deste modelo são:

I. Percepção individual da susceptibilidade a determinada doença e percepção da gravidade. São as crenças de cada um sobre a sua susceptibilidade à doença. A seriedade com que se encara a doença. O receio de uma doença sentido por cada pessoa.

II. Factores de mudança, que englobam:

- Variáveis demográficas: idade, sexo, etnia.
- Variáveis sociopsicológicas: personalidade, classe social.
- Variáveis estruturais: conhecimento sobre a doença, contacto anterior com a doença.

III. Probabilidade de iniciar acções, isto é, a compreensão pessoal das vantagens de acção, as barreiras sentidas na execução da acção e a probabilidade da pessoa se decidir a mudar o seu comportamento (Stanhope *et al*, 1999).

O modelo de saúde-crença, quando usado apropriadamente, fornece dados organizados de avaliação sobre as capacidades e a motivação dos indivíduos para modificar a sua saúde. Assim, os programas de educação para

a saúde desenvolvem-se no sentido de se adaptarem melhor às necessidades dos indivíduos (Stanhope *et al*, 1999).

Este modelo tem contributos positivos, sendo a sua principal contribuição ao nível da percepção em relação ao risco ou susceptibilidade aquando da tomada de decisão para adoptar comportamentos saudáveis, ou seja, é benéfico na avaliação de comportamentos de protecção da saúde ou prevenção da doença. É também útil na organização de informação das opiniões dos utentes sobre o seu estado de saúde e que factores os poderão influenciar para mudarem o seu comportamento.

Modelo de Promoção da Saúde

Desenvolveu-se como complemento do modelo saúde-crença, expandindo e modificando os seus três factores. Explica a probabilidade que os modelos de estilo de vida saudável e comportamentos de promoção da saúde têm de ocorrer.

É um modelo útil como estrutura para avaliação do indivíduo e pressupõe que este possa alterar também o seu comportamento para se sentir melhor física, psicológica, social e espiritualmente (Stanhope *et al*, 1999).

Três são as categorias determinantes do comportamento de promoção da saúde:

1. Factores cognitivo-perceptuais:

- Definição de saúde;
- Importância da saúde;
- Percepção do estado de saúde;
- Percepção sobre o controlo da saúde;
- Percepção da auto-eficácia;
- Percepção dos benefícios do comportamento de promoção da saúde;
- Percepção das barreiras ao comportamento de promoção de saúde.

2. Factores de mudança

Factores demográficos:

- Idade; sexo; etnia; educação; rendimento.

Características biológicas:

- Peso; teor de gordura; altura.

Influências interpessoais:

-
- Expectativas das pessoas significativas;
 - Padrões familiares de cuidados de saúde;
 - Interações com os profissionais de saúde.

Factor localização (Ambiental):

- Acesso aos cuidados.

Factores comportamentais:

-Conhecimentos e habilidades necessárias para levar a cabo comportamentos saudáveis.

3. Variáveis que afectam a probabilidade de iniciar acções. Estas dependem de sugestões internas e externas:

- O desejo de se sentir bem;
- Ensino individualizado sobre saúde;
- Campanhas de promoção da saúde através dos *mass-média* (Stanhope *et al*, 1999).

Os modelos acabados de referir servem para organizar globalmente ideias e simplificam sistemas complexos em esquemas sucintos.

Modelo Tradicional

Os Modelos Tradicionais são conhecidos pela sua severidade, pois fornecem a informação de forma autoritária e paternalista à população alvo (Vargas e Navajas, 1998).

A decisão da mudança de comportamentos não é exclusiva dos indivíduos. Os formadores também decidem, o que leva a que na maior parte das vezes se elejam as opiniões dos profissionais. A informação é fornecida através da palavra com ou sem auxílio de meios, sempre de forma autoritária ou paternalista (Navarro, 1999).

Este modelo visa apenas a transmissão de conhecimentos sobre as doenças e respectivos factores de risco, não contemplando as questões do bem-estar e sócio-político-económicas da população, valorizando apenas a transmissão de informação (Vargas e Navajas, 1988; Navarro, 1999).

A componente voluntária dos indivíduos não é objectivo deste modelo. Assim, por si só, não ocorre nenhuma alteração. O profissional limita-se a prescrever ordens, não considerando a possibilidade de opção das pessoas e

criando dependência dos indivíduos em relação aos profissionais de saúde (Navarro, 1999).

Como refere Kemm (1991), *“na realidade está perfeitamente demonstrado que a informação, por si só, não é geradora de atitudes e que os comportamentos relacionados com a saúde dependem de um grande conjunto de atitudes de vária ordem, das quais, uma pequeníssima parte se relaciona com saúde”* (Navarro, 1999:16).

Aponta-se apenas como aspecto positivo destes modelos o facto de *“têm êxito e podem ser úteis na luta contra doenças infecciosas, de onde a aquisição de hábitos pontuais, por exemplo a vacinação, condiciona ao êxito sanitário (...)”* (Vargas e Navajas, 1998:3355).

Modelo Moderno

O outro lado desta classificação é denominado por Modelo Moderno. Ele é caracterizado por ser mais abrangente que os anteriores. Para além de transmitirem a informação sobre as patologias e as suas consequências, indicam também as acções para preveni-las e condições sociopolíticas que as influenciam (Navarro, 1999).

Um outro objectivo que diferencia este tipo de modelo é a contextualização da informação que é necessário divulgar de acordo com as condições socioeconómicas e políticas da população alvo, não se cingindo apenas à dimensão biomédica (Vargas e Navajas, 1998). Para que ocorra essa contextualização, terá de ocorrer previamente uma análise das atitudes e comportamentos, uma clarificação de valores e possibilita liberdade para tomar opções (Navarro, 1999).

Os profissionais que integram estas equipas educacionais para além da informação levam em conta a tomada de decisão e o papel activo dos indivíduos. Trabalham ‘com’ a população e não apenas ‘para’ a população. Isto confere um maior grau de liberdade e de interligação para a realização das actividades.

2.4. Métodos de Educação

Nesta abordagem tem-se consciência da importância de examinar em primeiro lugar quais as necessidades das populações, classificá-las por ordem

de prioridades e determinar tarefas direccionadas de acordo com essas necessidades.

As medidas adoptadas para a educação em saúde não se dirigem só a determinada patologia ou desequilíbrio, mas também à promoção e prevenção, tendo sempre como objectivo aumentar a saúde e o bem-estar gerais.

Um primeiro passo importante será, pois, a identificação das necessidades, fase essencial de uma abordagem no sentido da resolução de problemas educacionais. Assim, *“Os profissionais de saúde conhecem as necessidades de educação para a saúde dos utentes, levando a cabo uma avaliação das mesmas de uma maneira sistemática e através dos próprios utentes”* (Stanhope *et al*, 1999:277).

Os mesmos autores descrevem os passos da identificação das necessidades do seguinte modo:

- 1º - Identificar o que o utente quer saber;
- 2º - Determinar como o utente quer aprender;
- 3º- Descobrir o que aumenta a aptidão e motivação do utente para aprender;
- 4º - Colher sistematicamente dados do utente, família e de outras fontes, para avaliar as necessidades de aprendizagem, facilidade em aprender e os factores situacionais e psicossociais que influenciam a aprendizagem;
- 5º- Analisar os dados da avaliação, de modo a identificar as necessidades de aprendizagem cognitivas, psicomotoras e afectivas;
- 6º - Encorajar a participação do utente no processo;
- 7º- Ajudar o utente a definir as suas necessidades prioritárias de aprendizagem (Stanhope *et al*, 1999).

Podem obter-se sempre novos dados durante o planeamento e a prestação de cuidados e na avaliação. Por isto, a identificação de necessidades será mais ou menos contínua.

Em suma, preconiza-se que a educação para a saúde seja feita quando? Sempre que necessário. Todos devemos falar de saúde em qualquer lugar e em qualquer altura.

A este propósito refira-se: *“Os indivíduos não são os únicos alvos importantes na intervenção, o trabalho comunitário, (...) o marketing social e a defesa feita pela comunicação social podem ser usados para aumentar a*

conscientização para o problema, facilitando as mudanças (...)” (Russel, 1996:17).

Não se quer deixar de realçar uma vez mais que, a educação para a saúde é uma estratégia fundamental para os profissionais de saúde e da educação e que todos devem contribuir para o bem-estar geral de todas as pessoas. *“Os educadores para a saúde são pioneiros modernos, sempre buscando uma nova compreensão da conduta humana, de novas formas para aplicar os seus conhecimentos na solução de problemas da saúde individual e da comunidade”* (Greene et al, 1988:32).

Num processo educativo que deve ser reflexivo, todas as etapas evolutivas das experiências vividas pelas pessoas têm que ser consideradas como potencialmente capazes de causar modificações na maneira de pensar e agir e a educação deve partir deste pressuposto.

Aprender implica modificação de comportamento e não apenas o aperceber-se e adquirir novos conhecimentos, informações e competências. Aprender é uma experiência que diz respeito ao indivíduo na sua totalidade. Quando as pessoas aprendem podem modificar as suas atitudes, estilos de vida e o método de resolver problemas. Para Cheeseman (1989), a aprendizagem é a mudança constante da conduta, a qual resulta de uma modificação nas crenças ou na forma de agir, como resultado da experiência.

Aprender exige dispêndio de esforço, muita energia e concentração e constitui um verdadeiro desafio para os profissionais. Ajudar as pessoas a aprender numa situação normal exige determinadas capacidades, mas ajudar a aprender quando sofrem a experiência da doença, da ansiedade e da dor, não é tarefa nada fácil.

Um ensino eficiente depende, em parte, da eficácia das capacidades de comunicação do educador. O conteúdo deve ser apresentado de uma maneira clara e rigorosa (Potter e Perry, 2003) e ser conjugado com recursos didáticos, como filmes, fotos, folhetos, apresentações audiovisuais, demonstrações de técnicas ou até aprendizagem assistida por computador (Black e Matassarini-Jacobs, 1996). As técnicas de fornecimento de informação a utilizar dependem do estágio de desenvolvimento do utente, e tornam o processo de aprendizagem mais activo e estimulante (Potter e Perry, 2003). Além disto, deve permitir-se ao indivíduo um amplo período de tempo para

aprender e reforçar o que se aprendeu, sendo também esta uma estratégia de ensino importante (Smeltzer e Bare, 2002).

Por fim, dever-se-á efectuar igualmente um método de avaliação do êxito do plano de ensino. O instruendo reformula as informações recebidas, ou faz a demonstração das técnicas aprendidas, o que permite ao educador avaliar o êxito da aprendizagem (Potter e Perry, 2003).

Em resumo, os modos e os materiais de ensino são cruciais no alcance dos objectivos propostos, e por conseguinte, para o êxito da Educação para a Saúde (Redman, 2001).

2.4.1. A Importância das Metodologias Pedagógicas Participativas

As pessoas aprendem melhor quando estão activamente envolvidas no processo de aprendizagem. A aprendizagem activa não se limita ao domínio psico-motor, mas também o domínio cognitivo e afectivo requerem uma estratégia de ensino para que o indivíduo tenha um empenho activo na sua aprendizagem (Stanhope *et al*, 1999).

Reconhece a taxonomia dos objectivos pedagógicos como estruturante ao itinerário da formação para a aprendizagem de competências e conhecimentos (Bloom *et al*, 1977-a). A construção da taxonomia emerge do comportamento esperado do aluno – modos de agir, pensar ou sentir - como resultado da sua participação em determinado contexto curricular, no sentido de se obter evidência de que os comportamentos desejados ou pretendidos foram desenvolvidos pelo aluno (Bloom *et al*, 1977-a). Assim, valoriza-se esta taxonomia/classificação como um *“instrumento de ordenação de comportamentos do simples ao complexo e a diversificação dos mesmos em três domínios: cognitivo, afectivo e psicomotor”* (Bloom *et al*, 1977-a:17). Cada domínio tem componentes específicos que formam uma hierarquia de fases ou níveis, sendo que cada fase ou nível baseia-se na anterior. A compreensão destes três domínios é decisiva para aprender sobre a natureza da aprendizagem.

No domínio cognitivo valorizam-se aspectos relacionados com o conhecimento, capacidade e habilidade intelectual, assim como também os comportamentos que incluem memória, raciocínio, solução de problemas e formação de conceitos. No domínio afectivo, incluem-se os objectivos que

descrevem mudanças de interesse, atitudes e valores e o desenvolvimento de apreciações (Bloom *et al*, 1977-b). O terceiro domínio, psicomotor, remete para a área das habilidades manipulativas ou motoras, inclui o desempenho de tarefas que exigem determinado grau de coordenação neuromuscular (Bloom *et al*, 1977-a). Esta classificação é fundamental na aprendizagem, quando se parte do pressuposto de que a aquisição de capacidades a efectuar se inscreve na natureza da própria aprendizagem do indivíduo ao nível dos domínios cognitivo, afectivo e psicomotor (Bloom *et al* 1977-a).

De uma forma genérica espera-se que os profissionais de saúde/professores integrem os três domínios de aprendizagem nos seus planos de ensino/aprendizagem. Após a compreensão clara da interdependência dos domínios, é possível começar a avaliar, com segurança, as necessidades de aprendizagem do indivíduo (Bolandier, 1998; Stanhope *et al*, 1999).

Para além da importância do exposto anteriormente, existem os métodos pedagógicos que são identicamente fundamentais para que os objectivos sejam atingidos. Pode definir-se método pedagógico como *“Um conjunto coerente de acções do formador, destinadas a fazer desenvolver nas pessoas a capacidade de aprender novas habilidades, obter novos conhecimentos e modificar atitudes e comportamentos.”* (Mão-de-Ferro, 1999:77).

Não é errado dizer que os métodos de formação são as estratégias que se utilizam para conseguir atingir os objectivos. Se se considerar os métodos como estratégias e que as tácticas são as técnicas pedagógicas, estas servirão na realização de tarefas comuns ou na procura de resoluções dos problemas, e concorrem para o empenhamento de todos os elementos do grupo sob orientação do formador (Mão-de-Ferro, 1999).

Aprender é um processo que acontece num indivíduo, em que este é o agente essencial da sua aprendizagem e qualquer que seja o valor dos conteúdos ensinados e os processos de ensino, o percurso da aprendizagem não pode ser feito senão pelos próprios. Se a pessoa não estiver predisposta a aprender, por mais atractiva que seja a informação disponibilizada, esta nunca se transformará em conhecimento próprio (Alarcão, 1996).

Pretendendo-se promover a aprendizagem tem que se ter em consideração e compreender aquilo que o jovem precisa e o que quer saber na realidade. Para Rogers (1985-a) existem dois tipos de aprendizagem, *“a aprendizagem tradicional com um tipo ordenado de actividade cognitiva... lida com ideias e conceitos e não possui qualquer significado pessoal, não envolve sentimentos, não tem relevância para a pessoa integral e a aprendizagem significativa e experiencial em que existe uma qualidade de envolvimento pessoal, com toda a pessoa, em seus aspectos sensórios e cognitivos, achando-se dentro do acto da aprendizagem. A aprendizagem é auto-iniciada... a sua essência é o significado”* (Rogers, 1985-a:29,30).

A Escola e outros locais são o lugar onde a intervenção pedagógica intencional desencadeia o processo ensino-aprendizagem. Portanto é função dos educadores, provocar avanços nos alunos através de atitudes positivas de ajuda, de encorajamento, de motivação e de incentivo, porque estes não são tão-somente os sujeitos da aprendizagem, mas, aqueles que aprendem junto ao outro. O aluno tem de assumir uma atitude de empenhamento auto-formativo e autonomizante (Alarcão, 1996).

Os jovens são por natureza curiosos, desejosos por saber, descobrir, por resolver problemas, portanto, deve ser função dos facilitadores de aprendizagem *“fazer funcionar a motivação, descobrir quais os desafios que são reais para os jovens e ampliar as oportunidades de que se deparam com esses desafios”* (Rogers, 1985-a:156) até porque a aprendizagem, no seu todo *“tem como finalidade ajudar a desenvolver no educando as capacidades que lhe permitam ser capaz de entrar numa relação pessoal com o meio em que vive (físico e humano) servindo-se, para esse efeito, das suas estruturas sensório-motoras, cognitivas, afectivas e linguísticas”* (Tavares e Alarcão, 1990:88,90).

Nos contextos educacionais existem várias técnicas pedagógicas e pretende-se que este factor seja de facto, uma condição de sucesso e de aprendizagem.

É nesta perspectiva teórica que a participação activa dos jovens assume um carácter prioritário na educação para a saúde, através de variadas técnicas pedagógicas, tais como algumas referidas por Mão-de-Ferro (1999): demonstração, discussão, simulação, jogos de papéis (Role Playing),

Brainstorming, etc. Outras ainda: representação de uma experiência, contar uma história e desenhar. A participação activa aumenta a motivação e a velocidade da aprendizagem (Stanhope *et al*, 1999).

São variadas as técnicas pedagógicas que podem envolver os jovens nas actividades de aprendizagem.

2.4.1.1. A Educação pelos Pares

Sabendo-se que os jovens entendem-se melhor com as experiências do seu próprio grupo, este pode também ter algo significativo para oferecer – a sua reflexão sobre a experiência e motivação. Frequentemente são adultos com formação específica que transmitem a informação. Porém, o grupo pode desempenhar um papel bastante mais importante em questões de carácter mais pessoal, social e psicológico (APF, 2008).

A educação pelos pares é *“um método de educação que permite às pessoas que têm algo em comum (tal como: idade, género, condição social, interesses, etc.) comunicar umas com as outras, de forma a transmitir informação e a desenvolver competências. O objectivo é motivar para a alteração de comportamentos menos saudáveis”* (APF, 2008:13).

De acordo com as linhas orientadoras da Educação Sexual em Meio Escolar muitos programas de sucesso utilizam a metodologia de educação pelos pares, tendo em conta que:

- *“É comum os jovens ouvirem e respeitarem o que dizem os companheiros por si considerados;*
- *Pela sua acção e o seu protagonismo, os líderes de pares podem influenciar de modo positivo o comportamento dos outros;*
- *Podem apoiar, encorajar e ajudar os outros, tanto dentro como fora da sala de aula;*
- *Podem funcionar como auxiliares especiais dos professores nas actividades da sala de aula”* (Ministério da Educação, 2000: 34).

As teorias do comportamento sugerem que os indivíduos recebem e aprendem grande parte da informação através dos pares e que a influência destes é extremamente importante nas expectativas, atitudes e comportamentos dos indivíduos e a educação pelos pares, ao utilizar metodologias baseadas na aprendizagem e na participação activa, leva a que

os indivíduos aprendam por si próprios e uns com os outros, sendo que isto promove as aprendizagens mais sustentadas no tempo (Dias, 2006).

Os programas de educação pelos pares são importantes para a mudança social, para garantir a existência de pares responsáveis e lideranças dentro das comunidades de jovens. Alguns podem desempenhar papéis-chave e desenvolver intervenções no terreno, quando necessário. A nova dinâmica curricular beneficiará se tiver como objectivo último *a autonomia, a responsabilização e a participação activa dos jovens* na construção do seu futuro com saúde e bem-estar (Ministério da Educação, 2005).

Através da educação pelos pares, adolescentes e jovens podem ensinar e aprender temas de saúde. Os jovens que irão actuar como formadores dos seus pares são antecipadamente formados, adoptando a função de “peritos” já que dominam esses assuntos relativamente aos seus pares. Deseja-se também que adquiram competências inter-pessoais, comunicacionais, de resolução de problemas ou outras (Svenson, 2001).

A promoção de competências pessoais e sociais: competências de comunicação interpessoal, competências de identificação e gestão de emoções, competências de identificação e resolução de problemas devem estar incluídas no currículo. Assim como a promoção da assertividade e da resiliência nas crianças e adolescentes e ainda informação relacionada com a protecção da saúde e prevenção do risco (Ministério da Educação, 2005).

A educação pelos pares envolve uma minoria de pares representativos de um grupo que tenta informar e influenciar a maioria, promovendo uma mudança de conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos (Svenson, 2001). Pode *“considerar-se de uma forma simples que a educação pelos pares é a formação par a par”* (Brito, 2009: 6).

Os objectivos da educação pelos pares são os de *“promover mudanças nas vidas dos/as jovens influenciando positivamente as suas atitudes, crenças e comportamentos. Apoiar, promover e reforçar atitudes e comportamentos saudáveis onde eles já existem”* (APF, 2008:14).

Um bom programa de educação pelos pares ajudará o jovem a desenvolver e reforçar:

- Auto-confiança, auto-estima;
- Responsabilidade;

-
- Atitudes assertivas;
 - Capacidade de comunicação;
 - Capacidade para ouvir as outras pessoas;
 - Competências de organização e de gestão (para os/as líderes) (APF, 2008).

Aprender é uma responsabilidade compartilhada. Por isso é importante que o educador crie um ambiente de aprendizagem participativa, de forma a facilitar todo o processo. O papel dos promotores de saúde é de

“...transferir o poder para os grupos, incentivando os indivíduos a acederem eles próprios à informação... habilitar a ganhar ou a aproveitar o poder dos outros e a compreender como usá-lo convenientemente para habilitar outras pessoas... o empoderamento provém da relação entre as partes interessadas e faz com que se desenvolva a capacidade e as oportunidades de assumir o controlo de tudo aquilo que influencia as suas vidas e a sua saúde” (Laverack, 2008:46).

Um grupo cresce com o desenvolvimento do potencial dos seus participantes, é preciso valorizar e utilizar a experiência e o conhecimento de cada pessoa do grupo e haver respeito pelas diferenças de cada indivíduo.

A participação de todos deve ser encorajada, utilizando-se uma ampla variedade de actividades de aprendizagem e apoiando maneiras diferentes de participação, mas *“quando se oferece a estudantes a liberdade de aprender sob sua própria responsabilidade, tem de haver estipulações que preservem os que não desejam essa liberdade e preferem ser instruídos ou orientados”* (Rogers, 1985:162,163). A relação de colaboração deve ser autêntica e que promova interacção do processo ensino-aprendizagem, como objecto de reflexão e fonte de hipóteses de solução e de mudança (Tavares e Alarcão, 1987).

Assim, os educadores de pares exercem uma função essencial na promoção da saúde junto dos jovens. Podem servir como modelos de acção dando informação indispensável e rigorosa, e promovendo atitudes que conduzem a um comportamento mais saudável e responsável entre os pares. Uma das maneiras de o fazer é viverem eles próprios de uma forma saudável (APF, 2008).

As suas funções e conhecimentos podem diferir, dependendo do programa e das populações-alvo que se querem abranger. Muitos têm formação e estão envolvidos em mais do que uma disciplina ou actividade. Uma vez familiarizados com as técnicas da educação pelos pares, podem aplicá-las a uma série de temas e de situações (APF, 2008).

O ensino por parte de seus pares *“constitui uma das modalidades de promover a aprendizagem que apresenta muitas vantagens, tanto para o aluno que está sendo auxiliado como para o estudante mais velho ou mais adiantado que ensina”* (Rogers, 1985-a:162).

De acordo com a literatura encontraram-se várias vantagens subjacentes à utilização da estratégia de educação pelos pares. Para a APF (2008), a educação pelos pares é culturalmente adequada porque oferece mensagens adaptadas e com origem dentro da própria cultura. A educação funciona cuidadosamente dentro de certas regras de modo a não ofender ou intimidar as pessoas. A educação pelos pares é baseada na comunidade porque se desenvolve a um nível comunitário, apoiando e fornecendo outros programas e fazendo a ligação a outras estratégias baseadas na comunidade. Isto torna-a mais focada e dirigida para a comunidade onde se desenvolve. A educação pelos pares é aceite pelos intervenientes primários porque muitos referem que se sentem mais confortáveis em partilhar com um grupo de pares as suas preocupações pessoais. A educação pelos pares encerra uma abordagem amigável porque em cenários informais, um educador inter-pares pode estar “no lugar certo, no momento certo” para se aperceber de um problema ou comportamento de risco, e responder adequadamente numa relação de ajuda. Educadores inter-pares podem, por vezes, encorajar e acompanhar amigos, apoiando-os quando necessitam de se deslocar, por exemplo, quando precisam de dirigir-se a um serviço de saúde ou centro de atendimento/ aconselhamento (APF, 2008).

A educação pelos pares tem ainda como vantagem ser uma estratégia que reconhece nos jovens capacidades e habilidades para assistência e resolução de problemas na sociedade e é também *“uma metodologia de duplo empowerment que permite simultaneamente promover a aprendizagem e o desenvolvimento do outro (grupos-alvo) e de si mesmo (educadores de pares) através da concepção e desenvolvimento de acções pedagógicas”* (Brito,

2009:6). É uma maneira de educação social em que uma minoria representativa de um grupo influi os valores, crenças e mesmo as condutas, nos elementos que integram o grupo (Dias, 2006; Svenson 2001), quer sejam grupos comunitários ou grupos de trabalho. A educação pelos pares parece ser bastante útil para alcançar as populações de difícil acesso e ser adaptada às necessidades específicas destes indivíduos.

No entanto e apesar de ser uma estratégia utilizada na área da promoção da saúde, *“muitas vezes, esta estratégia é seleccionada como uma «opção fácil», sem planeamento adequado para o contexto específico e as necessidades subjacentes ao desenvolvimento de um projecto de educação pelos pares eficaz”* (Dias, 2006:36) e ao ser referida como uma estratégia simples de incrementar e que exige poucos recursos, é na realidade uma opção de programação complexa de implementar, monitorizar e avaliar que requer muito tempo, trabalho e recursos (Dias, 2006).

Em síntese, a educação pelos pares identifica nos jovens competências que lhes permitam resolver problemas, junto de uma população que possui características semelhantes às suas, como sejam a idade, género ou cultura. É considerada uma estratégia educativa muito profícua, eficiente e pouco onerosa e que fomenta o empoderamento, isto é, um aumento do poder de decisão no que respeita à saúde. Este aumento de poder passa pela mobilização de competências e recursos com vista a tornar as condições sociais mais saudáveis. Os que partilham o conhecimento (educadores de pares) e os que adquirem o conhecimento (pares educandos) adquirem *“mais controlo sobre as decisões importantes que influenciam as suas vidas...e só participando em pequenos grupos... é que os indivíduos conseguem definir, analisar e actuar melhor relativamente aos assuntos que lhes interessam”* (Laverack, 2008:16,61). O que importa não é deter o poder de dizer o que se deve ou não fazer para ter uma vida saudável, importa sim descobrir de que forma se pode facilitar as alterações desejadas no domínio do empoderamento comunitário (Laverack, 2008).

2.5. Áreas da Educação para a Saúde

Como já foi referido, para modificar os princípios que conduzem aos estilos de vida adequados para a população é necessário efectuar previamente

uma análise das características dos grupos ou indivíduos a quem se vai realizar a sessão de educação projectada.

O educador para comunicar tem que se contextualizar na vida dos indivíduos que vão ser alvo do ensinamento. Isto é, uma sessão de ensino para crianças não pode ser realizada da mesma forma que para idosos, isto é, têm de se adequar os processos.

Serão seguidamente expostos os campos da educação e modo de os conceber. Todo este desenvolvimento irá basear-se em Carmona e Otero (1998). Estes autores dividem a educação para a saúde em cinco áreas distintas: a educação para a saúde em doentes individuais, a educação para a saúde em grupo de doentes, a educação para a saúde em familiares dos doentes, a educação para a saúde em indivíduos sãos e a educação dirigida a responsáveis políticos e sociais.

A. Educação para a Saúde em Doentes Individuais

Em qualquer instituição de saúde é necessário ter em conta a importância da educação para a saúde. Todo este processo tem de ser desempenhado pelos profissionais como uma componente activa.

Ter pessoas doentes informadas faz com que a sua saúde melhore, o que consequentemente faz reduzir os gastos com tratamentos e diminuir o tempo de internamento.

Assim e neste contexto, antes de pôr em prática este processo educacional, é necessário considerar alguns aspectos sobre o indivíduo doente. Inicialmente averigua-se o que este já sabe: através da entrevista e do diálogo com familiares obtém-se a sua história clínica e as necessidades do doente. Seguidamente, certifica-se o que o indivíduo deseja saber e o que o educador pode divulgar. O propósito de tentar alterar a sua conduta por actos que visem a recuperação da saúde por parte da pessoa doente é também um factor a ponderar pelo profissional de saúde envolvido.

A instrução revela uma resposta mais rápida quando visa a melhoria da saúde da pessoa doente. Para auxiliar esta resposta utilizam-se algumas motivações. Mas mesmo assim, é necessário deliberar sobre a sua utilização.

O medo pode ser uma motivação para que a pessoa modifique os seus costumes, mas deve ser usado com racionalidade e com prudência. Isto é, se

se intimidar demasiado um doente através do medo, tal poderá causar uma reacção inibidora em vez de fomentadora de novos hábitos, levando mesmo ao abandono de alguns novos procedimentos.

Para estimular reacções opostas à referida anteriormente, aplica-se outro tipo de estratégia. Para motivar a substituição de atitudes pode ser fornecido um prémio ao indivíduo. Este prémio poderá ser o restabelecimento da sua saúde, tendo como característica o mais imediato possível. Um maior êxito com o sexo oposto devido à perda de peso e melhores resultados desportivos são exemplos de boas motivações que traduzem o prémio (Carmona e Otero, 1998).

A pessoa doente desde que toma conhecimento de que está doente até aceitar essa condição passa por várias fases ou poderá fixar-se em apenas uma e este aspecto tem que ser valorizado antes de se efectuar o ensino.

Primeiro, o indivíduo passa pela descrença face ao diagnóstico, negando-o de seguida como mecanismo de protecção, ignorando as medidas que podem potenciar a cura. Instala-se depois o sentimento de culpa como produto da reflexão das atitudes e estilos de vida que utilizou.

Com a remodelação dos pensamentos, reconhece a repercussão dos seus actos na sua vida, especialmente a social (familiares, amigos, chefes, etc.). Questiona a sua situação de doença. Por fim, aceita a doença. Contacta com outras pessoas que têm a mesma doença, ou semelhante, expõe o seu caso e obtém formas de melhorar, e assim, contribuir activamente no processo de reabilitação da doença.

É este o momento certo para efectuar os ensinamentos. Mesmo assim, nesta fase ainda existem alguns obstáculos: baixo nível intelectual de algumas pessoas doentes, a força dos hábitos consolidados e a resistência em modificá-los, a pressão social (familiar) e a escassa procura de informação promotora da saúde (Carmona e Otero, 1998).

Reconhecer as causas das atitudes e dos procedimentos incorrectos e explicá-las, origina a defesa de hábitos que promovam a saúde. Naturalmente, a pessoa doente torna-se mais firme e com mais auto-estima, evitando a existência de sentimentos de culpa.

B. Educação para a Saúde em Grupo de Doentes

A educação para a saúde realizada em grupo de pessoas doentes é benéfica porque permite fortificar a educação individual. A formação de um grupo de discussão é benéfica porque cada um dos participantes compreende que a sua situação não é única e pode expressar espontaneamente a sua situação, o que facilita a metodologia educativa.

Para formar estes grupos é de extrema importância a organização de grupos o mais homogêneos possível, de acordo com a patologia e o grau da doença, a idade das pessoas doentes e a sua formação. Esta última característica tem de ser tomada em conta para que o nível educativo seja adequado às possibilidades intelectuais do grupo.

É fundamental utilizar métodos flexíveis, em que o tempo de duração da sessão, a data em que vai ser realizada, a adequação do método às características dos indivíduos, a disponibilidade do grupo é importante, bem como a escolha antecipada da informação a comunicar.

Ter sempre em conta a importância e as necessidades do grupo visando a acção educativa para a resposta ao problema de saúde. Assim, obtêm-se ganhos uma vez que ocorre um reforço da vontade da pessoa doente para mudar (Carmona e Otero, 1998).

C. Educação para a Saúde em Familiares dos Doentes

A educação dos familiares de pessoas doentes é indispensável por três motivos. O primeiro motivo diz respeito à herança genética de muitas doenças. Neste sentido, informar é prevenir; pessoas em que a genética foi herdada, devem seguir regimes de vida que promovam a saúde e previnam as doenças. Mencionam-se casos como os hipertensos, os diabéticos, os obesos, entre outros. A ajuda da família para ultrapassar condutas de risco é o segundo motivo. A opinião da família é quase sempre tida em consideração pelas pessoas doentes. São eles os mais próximos, por isso, o inculcar estilos de vida saudáveis e de recursos materiais para viver, reforça o restabelecimento da pessoa doente.

O terceiro motivo para a educação dos familiares baseia-se no apoio psicológico que a família deve dar à pessoa doente. A família deve ser alertada

para o novo estatuto familiar, pois pode acontecer na pessoa doente transformações de carácter e de disposição devido à sua situação patológica.

Deste modo, a ajuda para a recuperação psicológica do doente passa sobretudo pela família (Carmona e Otero, 1998).

D. Educação para a Saúde em Indivíduos Sãos

A educação é dirigida a indivíduosãos que não tenham interesse em adquirir informação ou que, manifestando esse interesse, por si só não conseguem obter esse conhecimento.

Os objectivos estabelecidos e a hierarquização das prioridades têm de estar de acordo com a magnitude e gravidade do (s) problema (s) identificado (s). A vulnerabilidade e as características da população alvo têm que ser também consideradas: os níveis profissionais e culturais das populações e a idade obrigam à formação de diferentes programas para as diferentes características.

Destacam-se como conteúdos de educação para a saúde, os estilos de vida saudáveis, a higiene, a alimentação, a prevenção dos acidentes de trabalho, a prevenção de doenças transmissíveis, etc. (Carmona e Otero, 1998).

E. Educação dirigida a Responsáveis Políticos e Sociais

A exteriorização dos novos hábitos de vida tem a sua origem na alteração desses mesmos hábitos no âmbito das famílias, das escolas, do meio profissional. Quando o ambiente é desfavorável às mudanças é difícil a concretização dos objectivos propostos nos meios citados e conseqüentemente na sociedade em geral. Para que tudo isto se converta, é necessário que as entidades competentes forneçam, para além de material para as executar, mudanças na legislação. Pois a mudança da legislação faz com que as administrações públicas trabalhem para conseguir ambientes físicos e psicológicos mais salútares (Carmona e Otero, 1998).

3. Educação para a Saúde – uma Estratégia para a Promoção da Saúde Escolar

A promoção da saúde tem vindo a ser definida por muitos autores e sido alvo de muitos debates, mas é necessário antes de mais, descrever abreviadamente as etapas históricas que marcaram a Promoção da Saúde.

A preocupação crescente na melhoria de vida das populações e consequente progresso em matéria de saúde com a finalidade da auto-responsabilização fez com que as entidades superiores da saúde começassem a trazer à luz o debate sobre a sua promoção.

A reunião de Alma-Ata, em 1978 - Conferência Internacional de Cuidados Primários (UNICEF/OMS), foi uma das mais importantes e dela saiu o conceito de Cuidados de Saúde Primários e uma Declaração denominada de Alma-Ata, dando lugar a um importantíssimo documento “Saúde Para Todos no Ano 2000” que originou muitas reflexões sobre a interpretação da sua aplicabilidade (diferente de acordo com as características de cada País) e sobre os obstáculos à sua concretização, principalmente os de ordem económica. Estas reflexões influenciaram as conclusões da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde nos Países Industrializados que decorreu em Ottawa em 1986, de onde surgiu a Carta de Ottawa, a qual contém a reformulação do conceito de Promoção da Saúde. Nesta, a promoção da saúde aparece definida como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um completo bem-estar físico, 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 (Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, 1986). Nesta conferência a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. Logo a seguir, em 1988, realizou-se em Adelaide, na Austrália, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, onde se abordaram as Políticas Públicas Saudáveis.

Em 1989, em Genebra, discutiu-se a Promoção da Saúde nos Países em Desenvolvimento e em 1991 surgiu a Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde após a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Sundsvall – Suécia).

Em 1997, na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Jacarta, aparece a Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI e em 1998 as Recomendações de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis.

Na 5ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde realizada no ano 2000 no México, debate-se a Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior Equidade.

Com todas estas conferências a nível mundial podemos constatar que a promoção da saúde tem sido uma preocupação e para que a saúde seja uma realidade para todos foram definidos pré-requisitos como: a paz, o abrigo, a educação, a alimentação, os recursos económicos, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade.

A Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde – 2000 refere que a Promoção da Saúde e do Desenvolvimento Social é um dever e responsabilidade central dos governos, partilhada por todos os sectores da sociedade e recomenda algumas acções, tais como: colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; identificar as prioridades de saúde e estabelecimento de políticas e programas públicos para os implantar; combater as desigualdades em saúde, dentro e entre diferentes grupos sociais e comunidades; contrariar as pressões a favor dos produtos nocivos e da depleção de recursos, das más condições de vida, dos meios insalubres e da má nutrição e centrar a atenção em temas de saúde pública, tais como a poluição, os riscos ocupacionais, as condições de habitação e os aglomerados populacionais.

A nível nacional temos um Plano Nacional de Saúde que *“é um fio condutor para que as instituições do Ministério da Saúde e outras (privados, solidariedade social) possam assegurar ou contribuir para a obtenção de Ganhos em Saúde, de 2004 a 2010, orientados pela promoção da saúde e pela prevenção da doença”* (Ministério da Saúde 2004:13).

É um documento estratégico, com um papel agregador e orientador daquilo que é mais importante implementar para promover “Mais Saúde para Todos os Portugueses” e como actualmente se considera que a saúde é um conceito positivo que implica a potenciação das capacidades do indivíduo para

se desenvolver e influenciar positivamente o meio em que se insere (Costa e Lopez, 1986); pode-se, pois, não só prevenir a doença como também promover a saúde.

A promoção da saúde pressupõe o estabelecimento e a manutenção de comportamentos não só saudáveis, como também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas (Marin, 1995). Como tal, a promoção de saúde é dirigida a todos os indivíduos, de todos os estratos da população, quer na ausência, quer na presença de doença.

A Organização Mundial de Saúde (1984) considera os seguintes pilares básicos para a promoção de saúde: deve destinar-se à população em geral no contexto da vida diária e não só à população doente ou em risco; deve ter em vista acções relativas às determinantes e/ou causas de saúde; deve actuar através da combinação de métodos e perspectivas diversificadas; deve ter como objectivo o envolvimento directo da população alvo; todos os profissionais de saúde têm um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença.

A Organização Mundial de Saúde reconhece, ainda, cinco áreas principais de intervenção em promoção de saúde. Considera o acesso livre à saúde, eliminando a desigualdade; a melhoria do ambiente laboral e familiar do indivíduo; o fortalecimento das redes sociais de apoio; a promoção de estilos de vida saudáveis, através da aprendizagem de novos comportamentos; o aumento do conhecimento e informação sobre a saúde (OMS, 1984).

Os comportamentos em saúde podem ser dominados por costumes, atitudes, sentimentos, crenças, valores e, até por modas, que indicam e esclarecem sobre o estilo de vida de cada indivíduo. O estilo de vida é geralmente responsável pelo sentimento de bem-estar bio-psicossocial do indivíduo (Ribeiro, 2002). As preocupações com um estilo de vida salutogénico, controlo dos hábitos e condutas diárias, prevenção de doenças e de acidentes ou a adopção de estilos de vida que objectivem acumular a energia positiva necessária para a vida, continuarão a dominar o futuro de todos nós (Ribeiro, 2002).

O entendimento que o indivíduo tem da probabilidade de contrair uma doença, bem como da gravidade e do efeito de adoecer, despoleta

comportamentos de saúde associados a um determinado estilo de vida (Ribeiro, 2000).

Contudo, o comportamento do indivíduo está também dependente de excessivas influências externas. Haverá, pois, que centrar todos os esforços na mudança do comportamento humano, apesar das mudanças deste tipo serem de uma grande complexidade, na medida em que, não basta informar acerca dos malefícios de determinados tipos de comportamento para que se verifique na realidade uma verdadeira mudança (Ribeiro, 2000).

A Organização Mundial da Saúde refere que o elemento básico na promoção da saúde é a educação para a saúde e descreve-a como uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem (OMS, 1969).

A educação para a saúde é, pois, uma estratégia da promoção da saúde. Esta é sobretudo uma combinação de estratégias de educação para a saúde que facilitam as práticas de comportamentos saudáveis (Costa e López, 1986) e que pode ser feita através da modificação dos estilos de vida, o que, directa ou indirectamente, implica trabalhar com variáveis psicológicas, como a motivação, a avaliação das situações, as expectativas pessoais, os conhecimentos, a tomada de decisões, os comportamentos e os hábitos (Pais, 1998), tendo sempre em atenção as particularidades próprias do meio e da sociedade em que o indivíduo se insere.

Assim, devem lembrar-se as três componentes básicas de educação para a saúde nos jovens em idade escolar:

1. O ensino do corpo e a forma de o manter saudável;
2. O inculcar nos jovens hábitos de vida saudáveis e sobretudo saber tomar decisões responsáveis;
3. A utilização do sistema de saúde de forma correcta numa perspectiva de cidadania (Stanhope *et al*, 1999).

Nos jovens em idade escolar os problemas intrínsecos à sua saúde abrangem as dimensões sociais, comportamentais, emocionais e requerem

que as instituições funcionem de forma flexível, coordenada e colaborativa. Os problemas possivelmente agravar-se-ão pelas condições de vida, pela ausência de valores, pela inexistência de referências e pela massificação da escola (Santo, 2001). A autora refere que *“Em saúde, podemos orientar o conceito para o seu significado de ganhar competências pessoais que permitam lidar com situações e comportamentos que, envolvendo riscos para a saúde, causem o menor dano possível”* (Santo, 2001:31).

Este ganho de competências pessoais tem como finalidade principal a promoção do bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dos jovens e sobretudo a sua consciencialização e consequente responsabilização pelos actos que pratica na vida quotidiana, de modo a ser saudável e feliz.

A educação para a saúde *“...é muito mais a finalidade que procuramos atingir através do relacionamento com os outros e o modo como nos comportamos no dia a dia (...) pode produzir alterações no modo de reflectir sobre a realidade, pode alterar crenças e atitudes facilitando a aquisição de capacidades e pode gerar alterações de comportamento e de estilos de vida (...)”* (Navarro, 1991:19).

Articulando agora as três componentes principais deste capítulo: Promoção da Saúde, Educação para a Saúde e Saúde Escolar e estando consciente que a componente essencial de um bom sistema de saúde e educativo é assegurar que todas as crianças e jovens são saudáveis e capazes de aprender e que a abordagem de problemas de saúde e de aprendizagem dos alunos, através de programas de saúde nas Escolas, não é um conceito novo, desenvolverei a temática da saúde escolar, enveredando primeiro através de uma retrospectiva que considero fundamental para melhor se compreender o desenvolvimento deste programa deveras crucial para a promoção da saúde das crianças e jovens.

O reconhecimento da necessidade de adopção de um modelo de intervenção no âmbito da Prevenção Primária em Meio Escolar levou à criação, em 1901, da Inspeção Sanitária Escolar. A Direcção-Geral da Instrução Pública organiza pela primeira vez, de forma sistematizada, a intervenção médica na Escola em Portugal. Tinha como preocupação o controlo das epidemias e das endemias. Torna-nos pioneiros na Europa, uma vez que na

França só teve o seu início em 1902, em Espanha em 1904 e em Inglaterra em 1908 (Programa Regional de Saúde Escolar, 2006).

Em 1933, é criada no Ministério da Instrução Pública, a Direcção-Geral da Saúde Escolar, com Regulamento próprio em 1934 (Programa Regional de Saúde Escolar, 2006).

Em 1950, o Ministério da Educação Nacional determina que os médicos escolares e visitantes passem a constituir quadro privativo de cada localidade. A medicina escolar no Ministério da Educação tem como preocupação a saúde de cada aluno, as condições do aluno para a frequência da escola, as condições dos estabelecimentos escolares e as condições dos funcionários dos estabelecimentos escolares.

A política do Estado Novo é clara: toda a gente tem direito a um mínimo de instrução. Nesta altura 40% da população é analfabeta (Programa Regional de Saúde Escolar, 2006).

Em 1970, o Ministério da Educação criou os Centros de Medicina Pedagógica – Equipas Periféricas. O Ministério da Saúde desenvolveu os Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados e os Centros de Saúde organizaram-se por Valências, entre as quais a de Saúde Escolar. Em 1972, estavam implementados: o Serviço de Medicina Pedagógica – Ministério da Educação e o Serviço de Saúde Escolar – Ministério da Saúde. Assim, temos por esta altura dois serviços de saúde escolar, dois Ministérios, duas metodologias, mas os mesmos objectivos (Programa Regional de Saúde Escolar, 2006).

Em 1984, é criada a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e a Direcção de Serviços de Saúde Escolar e Ocupacional a quem cabe a produção técnico-normativa sobre princípios orientadores e sistemas de informação em saúde escolar (Programa Regional de Saúde Escolar, 2006).

A institucionalização do PPES (Programa de Promoção e Educação para a Saúde) ocorreu em 1993 e passou pela integração da experiência acumulada de três anos do “Viva a Escola” (Despacho 172/ME/93, de 27/08) (Rocha, 1999).

Em 1995, sai um Programa Tipo de Saúde Escolar com actividades dirigidas ao Indivíduo, ao Grupo e ao Ambiente. Este programa começa a ter uma orientação dirigida para o conceito de Escola Promotora de Saúde. É

criada a RNEPS (Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde). A evolução deste modelo baseou-se na intervenção centrada no Indivíduo, centrada na cooperação e centrada na co-responsabilização (Programa Regional de Saúde Escolar, 2006).

Em 2002, a Saúde Escolar é da responsabilidade do Ministério da Saúde e em 2004 *“A Escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, que a intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo específico das crianças e jovens escolarizados, pode favorecer, ao mesmo tempo que complementa a prestação de cuidados personalizados”* (Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Prioridades, 2004:45).

As estratégias da Organização Mundial de Saúde referem que, 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.

Uma Escola promotora de saúde é aquela *“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* (Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Prioridades, 2004:46).

Estas experiências ao longo dos tempos e o aprofundamento conceptual da natureza, e da importância da saúde escolar, levaram à projecção de novos desafios às Escolas no sentido da construção do seu percurso como Escolas que promovam a saúde, pois uma Escola promotora de saúde *“aborda os alunos como pessoas completas, em que valores e oportunidades determinam comportamentos que se inter-relacionam de uma forma sistémica...é um investimento na aquisição de competências por parte dos jovens e dos adultos que com eles se relacionam...”* (Loureiro, 2004:45).

As competências que as crianças e os jovens necessitam de adquirir para gerir a sua saúde e gerir os determinantes que a influenciam, exigem que as Escolas tenham a capacidade e o interesse para que se concretizem, pois a promoção da saúde na Escola *“tem como principal esforço mudar e desenvolver o ambiente físico e social, de molde a tornar as escolhas saudáveis escolhas mais fáceis”* (Loureiro, 2004:45). Para além da organização interna da Escola *“são indispensáveis parcerias, procedimentos democráticos,*

metodologias participativas e desenvolvimento sustentado” (Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Prioridades, 2004:47).

Actualmente o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) revela a preocupação de fazer da Escola a grande promotora da saúde e tem como finalidades:

- Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de Saúde e Educativas Especiais;
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- Reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis;
- Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde (Portal da Saúde, 2008).

A estratégia de intervenção em saúde escolar, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, tem que executar as suas actividades de forma regular e contínua ao longo de todo a ano lectivo.

Fazem parte deste programa as seguintes actividades:

- Vigilância do Plano Nacional de Vacinação;
- Vigilância do cumprimento dos exames de saúde;
- Vigilância da evicção escolar;
- Promoção da saúde oral;
- Agilização dos encaminhamentos através de protocolos e parcerias para melhoria das respostas às crianças com necessidades de saúde especiais;
- Incentivo de estilos de vida saudáveis: educação alimentar, vida activa saudável, prevenção da violência, educação para a cidadania, educação sexual e afectiva, SIDA, consumos nocivos (tabaco, álcool, drogas) (Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Prioridades, 2004).

Apesar de actualmente a saúde escolar e as suas actividades serem uma vertente inteiramente da responsabilidade do Ministério da Saúde, e salvo nalgumas situações e localidades existirem parcerias que envolvem os dois Ministérios, em Fevereiro de 2007, o Ministério da Educação através do Despacho nº 2506/2007, adoptando medidas que visem a promoção da saúde

da população escolar e considerando que a educação para a saúde se deve incluir entre as múltiplas responsabilidades da Escola actual, refere que “ (...) já em 2006 foram veiculadas algumas linhas de orientação e temáticas no âmbito da educação para a saúde, a integrar no projecto educativo de cada agrupamento/escola. (...) e que cada agrupamento/escola com programas/projectos de trabalho na área da educação para a saúde designará um docente (...) para exercer as funções de coordenador da educação para a saúde” (Ministério da Educação, 2007:4427).

Efectivamente a 7 de Fevereiro de 2006 o Ministério da Saúde realizou um protocolo com o Ministério da Educação. Este visa o desenvolvimento de actividades de promoção de educação para a saúde em meio escolar, tendo como base as opções tomadas pelo Ministério da Educação no sentido da clarificação das políticas educativas de educação sexual e as opções tomadas pelo Ministério da Saúde no sentido da dinamização da promoção da saúde na escola (Protocolo entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, 2006).

Constata-se assim que, os dois Ministérios (o da Saúde e o da Educação), já desde longa data (1901) que demonstram preocupação e interesse em promover acções que visem atitudes e comportamentos saudáveis nas crianças e jovens.

A Escola constituindo-se como um espaço seguro e saudável, facilita a adopção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

Os programas de saúde escolar contribuirão para o desenvolvimento de Escolas favoráveis às crianças e jovens e também, para a promoção da educação para a saúde para todos.

A capacidade da criança ou do jovem para conseguir ao máximo o seu potencial de aprendizagem, está directamente relacionada com o efeito sinérgico de uma saúde boa, uma boa alimentação e uma educação apropriada. Uma boa saúde e uma boa educação não são um fim, por si só, mas também significam que são meios que proporcionam a oportunidade de ter uma vida produtiva e satisfatória. A saúde escolar é um investimento no futuro de um país e na capacidade da sua população para prosperar como indivíduos e como sociedade.

As políticas de saúde escolar, incluindo a educação para a saúde, devem garantir também um ambiente físico adequado e seguro, um ambiente psicossocial positivo e a prevenção das diferentes formas de violência na escola. Num estudo realizado por Matos e Carvalhosa (2001) em que o objectivo do estudo era examinar a influência do ambiente escolar na percepção de bem-estar nos adolescentes, as autoras concluíram que *“há uma relação directa entre o ambiente escolar e o bem-estar (...) a mais relevante influência na percepção que os jovens têm do seu bem-estar é a sua percepção de um ambiente positivo na escola”* (Matos e Carvalhosa 2001:51,52).

Estas abordagens à educação para a saúde e educação para a vida têm o seu enfoque no desenvolvimento do conhecimento, das atitudes, dos valores, das habilidades e da destreza, necessárias para ajudar a tomar decisões relacionadas com a saúde, mais positivas e adequadas. Neste contexto, a saúde estende-se para além da saúde física, para incluir a sua dimensão psicossocial e ambiental. As mudanças sociais e os factores comportamentais das pessoas implicam a necessidade de uma abordagem de questões, tais como a gravidez precoce, os acidentes, a violência, o tabaco e o abuso de substâncias que provocam dependência. Estes problemas sociais e estilos de vida, não só influenciam a saúde, como também impedem as oportunidades de educação a um número crescente de crianças em idade escolar e de adolescentes.

As crianças e jovens devem ser importantes participantes em todos os aspectos dos programas de saúde escolar, e não apenas simples receptores ou beneficiários passivos. Por este motivo, e para um maior envolvimento dos jovens na saúde, criou-se um Projecto de Jovens Animadores em Saúde (PROJAS).

As crianças e jovens que participam no desenvolvimento de políticas de saúde, na preparação de actividades que promovam um ambiente mais seguro e saudável e que colaboram na promoção da saúde para outros indivíduos, outros membros da comunidade, e nos serviços de saúde escolar, aprendem sobre a saúde de uma forma que os comprometem, a partir de experiências de vivências concretas. Esta é uma maneira eficaz de ajudar os jovens a adquirir

conhecimentos, atitudes, valores e competências necessárias para adoptar um estilo de vida saudável e apoiar a saúde e a Educação para Todos.

3.1. A Significação da Sociedade e do Interaccionismo Simbólico na Educação para a Saúde

Cada grupo, organização, situação de interacção é considerado como uma sociedade em acção. Todos são constituídos por indivíduos que interagem. A sociedade compreendida como *“um sistema em que os vários elementos (instituições, grupos) desempenham uma dada acção”* (Parsons, 1969:19) ajuda a perceber que é da articulação funcional destes elementos que resulta a vida social, numa dinâmica de troca, de mudança e numa interacção em que consequentemente os indivíduos se associam.

Os indivíduos em interacção assumem papéis, interpretam, ajustam-se uns aos outros, direccionam e controlam o *self*, compartilham perspectivas, comunicam-se através de símbolos (Mead, 1934).

Nas sociedades avançadas, há quatro agentes que parecem ser cruciais no processo de socialização das crianças e jovens *“a família, a escola, o grupo de colegas e os meios de comunicação de massa”* (Musgrave, 1994:33). Através destes agentes gera-se uma versão da realidade social no espírito da geração seguinte que pode estar em concordância com a dos adultos ou, em algumas dimensões, manifestar desvios quanto aos seus critérios (Musgrave, 1994).

A criança passa através da *“estrutura social, dando-se atenção às várias dimensões do comportamento que o membro de uma certa sociedade tem de aprender quando se torna adulto. Aprendizagem essa, centrada ao nível interpessoal”* (Musgrave, 1994:38).

O conceito de interacção aparece na ciência contemporânea, incluindo a física teórica e o estudo dos sistemas sociais. Para Klapper (1974) quando alguém acreditava numa coisa, isso devia-se à influência cruzada da família, grupo de amigos, religião, escola, emprego ou classe social. Os *media* podiam reforçar a crença de um modo positivo ou negativo.

O interaccionismo simbólico diz respeito a uma corrente de estudos da Escola Americana, que se origina com Herbert Mead, professor da década de 20, cujo herdeiro mais representativo foi Blumer, da Escola de Chicago.

Herbert Blumer desenvolveu duas ideias principais: a interacção simbólica e a análise do comportamento colectivo.

Mead opunha-se à dicotomia existente entre as noções de sociedade e indivíduo e entre sociologia e psicologia. A sua proposta apontava para a convergência entre indivíduo e sociedade, que aconteceria na comunicação. Sociedade, indivíduo e mente seriam três entidades indissociáveis, que comporiam o acto social (Blumer, 1969).

Ferreira *et al* (1995) explicam que Mead e Blumer são os autores que mais contribuíram para a conceitualização da perspectiva interaccionista. O interaccionismo simbólico concebe a sociedade como uma entidade composta de indivíduos e grupos em interacção, compartilhando sentidos sob a forma de compreensões e expectativas comuns, *“a sociedade não é mais do que um processo comunicacional desenvolvido pela interacção simbólica dos seus participantes”* (Ferreira *et al*, 1995:301).

Constitui-se num processo dinâmico, isto é, as pessoas em acção podem sofrer variações, dependendo das situações que os indivíduos e grupos estejam vivenciando. Dessa forma, mediante a interacção social de vida em grupo é que as regras são criadas, mantidas e modificadas (Ferreira *et al*, 1995).

Neste cenário e segundo Blumer (1969) o indivíduo tem as seguintes características: uma mente que surge para resolver problemas, compreendendo a selecção e a opção de modos de actuação, dispondo-se a solucionar esses problemas, em que a escolha faz parte da condição do ser humano; o teor das escolhas resulta da experiência subjectiva da pessoa; a experiência subjectiva faz parte integral do comportamento; o homem constrói a interacção social no próprio processo de interacção; o comportamento humano mantém um grau de indeterminação, não sendo possível predizer totalmente como ele influirá no decorrer da interacção (Ferreira *et al*, 1995).

A interacção social, por sua vez, estabelece-se numa acção colectiva, derivada do conjunto de unidades de acção (família, indivíduos, escola, igreja, ou outras) que agem para encarar situações nas quais elas estão inseridas. Desta forma, a convivência no grupo constitui um processo de formação, sustentação e modificação de objectos, em que os sentidos se modificam por meio da interacção, alterando, conseqüentemente, o mundo das pessoas. Os sentidos são manuseados mediante um sistema interpretativo, em que os indivíduos interagem consigo próprios, usando símbolos significantes, *“mas*

para que se produza uma interacção social, não basta haver apenas símbolos: é necessário que sejam significantes para os actores, ou seja, que tenham um significado comum” (Ferreira et al, 1995: 301).

Salienta-se que a interacção social se estabelece, fundamentalmente, pela linguagem e é através desta que *“os indivíduos adquirem as normas, regras, valores e crenças que balizam a sua possibilidade de viver em sociedade” (Ferreira et al, 1995:298).*

Depreende-se assim que o interaccionismo simbólico desenvolve um esquema analítico da sociedade e das condutas humanas, que envolve ideias relacionadas a grupos humanos ou sociedades, interacção social, objectos, o ser humano como actor, a acção humana e as interconexões das linhas de acção (Haguette, 1997). Conta com três premissas simples:

a) Os seres humanos agem em relação às coisas, tomando por base o significado que as coisas têm para eles (Blumer, 1969), isto é, o comportamento humano fundamenta-se nos significados dos elementos do mundo.

b) O significado de tais coisas, às vezes, surge de uma interacção social que a pessoa tem com seus iguais (Blumer, 1969), ou seja, a fonte dos significados é a interacção social.

c) Esses significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo, usado pela pessoa para lidar com as coisas que ele encontra (Blumer, 1969), isto é, a utilização dos significados ocorre através de um processo de interpretação.

A interacção social molda os comportamentos, constitui e proporciona significados para a construção dos objectos, por parte dos sujeitos. Na sociedade humana interactiva, observa-se que existe uma influência recíproca, isto é, a acção de cada sujeito altera o quadro de representação dos demais e sendo a actividade humana o centro regulador da vida social, tem-se na verdade um cenário assinalado por uma enorme complexidade.

O interaccionismo simbólico pressupõe o entendimento da educação para saúde numa perspectiva social em que se procura explicar os auto-conceitos, as relações sociais e as aprendizagens dos jovens. Entendendo-se por aprendizagem *“a aquisição de reflexos, hábitos, atitudes, etc., que se*

inscrevem no organismo e na psique da pessoa e guiam a sua conduta” (Esteves e Fleming, 1985:340).

É considerada uma teoria de micronível, uma vez que analisa a sociedade a partir do indivíduo, da sua interacção com as outras pessoas (Ferreira *et al*, 1995). Parte da hipótese de que o indivíduo é criativo, pensante e capaz de determinar o seu comportamento. Para Mead (1934) o pensamento *“é de carácter essencialmente social: é-o pela sua origem, porque se desenvolve necessariamente pela e na comunicação com outrem; é-o no seu conteúdo pelos símbolos colectivos que utiliza para se construir e se comunicar”* (Esteves e Fleming, 1985:344).

Entende-se que todo o comportamento humano é auto-dirigido sobre a base dos significados simbólicos que se compartilham, se comunicam e se manipulam pelas pessoas que interagem nas situações sociais. Assim, concorda-se que educar jovens envolve naturalmente sentimentos, comportamentos e atitudes dos educadores ao interagir com o ser receptor de informação.

A educação para a saúde pode fundamentar-se teoricamente na linha do interacionismo simbólico, uma vez que este contempla não só a complexa relação entre a sociedade e o indivíduo, mas também, o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente, a partir de uma orientação racional e de factos da vida quotidiana. Dessa forma, busca-se investigar o sentido que os actores sociais dão aos objectos, pessoas e símbolos com os quais estabelecem o seu mundo social, isto é, *“reconstituir o ponto de vista do sujeito... teorias subjectivas de que as pessoas se servem para explicar a si próprios o mundo ou pelo menos uma certa gama de objectos, enquanto parte desse mundo”* (Flick, 2005:19). Nas interacções sociais os indivíduos prevêm, no seu imaginário, condutas antecipadas de outrem e, frequentemente, agem em razão dessas condutas.

O significado de um fenómeno para um indivíduo dá-se mediante a interacção do eu, da mente e da sociedade (Mead, 1934). Essa interacção resulta da vida social, em cujo processo o indivíduo é um sujeito, um actor activo que se *“desenvolve e que adquire consciência reflexiva (mind) e que a actividade social é essencial a essa construção e encontra-se no universo simbólico que mediatiza a actividade social... a especificidade da realidade*

humana resulta da singularidade da actividade social, que radica na existência de símbolos” (Ferreira et al, 1995:297).

Assim, pode-se reconhecer que os professores, pais e profissionais de saúde, processam o ensino e educam os jovens para a saúde, a partir da forma como o fenómeno se apresenta na sua vida social e da interpretação que fazem do mesmo. O significado que se dá ao binómio saúde-doença resulta de conhecimentos internos das pessoas, sendo produto da vida social dos indivíduos. Por outras palavras, nenhum acontecimento, facto ou fenómeno possui significado se não há interacção dos seres humanos entre si e com seu meio, salientando que o sentido dos acontecimentos é continuamente modificado e apurado.

O interacionismo simbólico constitui-se uma ferramenta teórica que permite compreender a educação para a saúde, revelando e apontando qual o significado que os jovens em pleno desenvolvimento dão aos símbolos que recebem da relação/interacção com os professores, os pais e os profissionais de saúde, possibilitando, ainda, apreender se esse significado é decorrente ou resultante da interacção que ocorre entre os elementos envolvidos neste processo educacional. Através da apreensão dos significados dessas experiências, podem-se procurar caminhos com o propósito de qualificar os ensinamentos e a formação prestada, pela aplicação desses conhecimentos na prática de educar em saúde.

É um referencial para a prática da educação para a saúde de grande valia, pois esta é uma área vasta que trabalha com crianças e jovens que estão a experienciar situações muito particulares, nos diversos momentos das suas vidas e aprendizagens.

PARTE II

QUESTÕES METODOLÓGICAS

1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DE ESTUDO

Nas sociedades contemporâneas, o processo saúde-doença é encarado sob uma óptica objectiva e científica. A saúde, está relacionada com o seu contexto social, económico, político e cultural e actualmente os fenómenos de saúde e doença são tratados como processos biológicos e sociais. A saúde já não é concebida apenas como um factor de produtividade, mas como um direito do cidadão (Rezende, 1989). Neste contexto, o processo educativo é fundamental para a consciencialização dos cidadãos para exigirem condições de saúde e simultaneamente serem responsabilizados também pelos estilos de vida que adoptam. Por isso, Werneck encara a educação não apenas como uma acção que desencadeia um novo tipo de pensar, mas sobretudo, de agir (Rezende, 1989). Torna-se necessário que as instituições responsáveis pela educação, particularmente as Escolas e ainda os Centros de Saúde, despertem nas crianças, nos jovens e adultos de qualquer idade, uma consciência crítica sobre a importância da saúde como condição de bem-estar individual e social, porque por meio da educação, as pessoas poderão desenvolver maiores possibilidades de participação na sociedade. Deve-se igualmente destacar a responsabilidade dos meios de comunicação nesse processo de educação social sobre a saúde, através de programas informativos e de reflexão e debate. Há uma urgente necessidade de um trabalho estratégico, em termos de acções pensadas que visem a melhoria das condições de saúde das populações.

A educação para a saúde, através do desenvolvimento de actividades práticas, é considerada uma estratégia importante e crucial para a promoção da saúde. Os agentes da educação (professores, enfermeiros, médicos e outros) devem assumir o seu papel de educadores em saúde e promover nas crianças e jovens atitudes e comportamentos que os tornem mais saudáveis. Acima de tudo, devem fazê-los reflectir sobre as condutas que devem ter e tomem consciência do valor da saúde e de todo o seu significado para a vida. Que sejam responsáveis e vivam com qualidade.

A saúde é um conceito positivo e um recurso quotidiano e dentro desta perspectiva, a educação para a saúde deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e colectiva.

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 seu bem-estar. A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão. Daí, a importância da abordagem da educação para a saúde em meio escolar.

Alguns autores tiveram já como objecto de estudo a educação para a saúde e demonstraram os problemas e desafios que esta coloca aos educadores em saúde.

A educação para a saúde pode ser estudada sobre muitas perspectivas. Ao tomar consciência sobre as vertentes fundamentais que esta deve conter e preocupada com questões relacionadas com este assunto e após procurar fundamentar a relevância e a pertinência através da bibliografia consultada, de conversas informais com pessoas de áreas diversificadas, optei por realizar este trabalho de investigação, no âmbito da educação para a saúde na perspectiva da consciencialização dos ensinamentos realizados e na motivação para a adopção de estilos de vida saudáveis.

Pretendeu-se fazer um estudo onde fosse possível investigar o que os alunos e pais pensam acerca desta problemática, bem como os professores e os profissionais de saúde. Que percepções têm acerca da importância da educação para a saúde e como é na realidade a educação para a saúde que é realizada, na sua perspectiva e sua aplicabilidade.

O objecto de estudo é a perspectiva para a adopção de comportamentos positivos para a saúde relacionada com os conhecimentos adquiridos.

Na fase de conceptualização e de definição da problemática em estudo, a autora foi confrontada com questões que constituíram o ponto de partida para a investigação.

No início de uma pesquisa é fundamental conceber as perguntas de investigação. Assim, definem-se as perguntas de investigação como *“Enunciados interrogativos precisos, escritos no presente (...)”* (Fortin, 1999:01).

São uma interrogação explícita, sobre algo que se queira investigar, com o fim de recolher novas informações. Considerando que existem alguns factores que podem condicionar os ensinamentos e a forma como estes são realizados, foram definidas as seguintes questões de investigação:

❖ Qual o nível de conhecimentos e que aplicação fazem os pais dos alunos sobre assuntos relacionados com a saúde?

❖ Como é que os alunos aplicam os conhecimentos adquiridos em educação para a saúde?

❖ Quais os factores sociais que influenciam a adopção de estilos de vida saudáveis?

❖ Como se processa a intervenção dos profissionais de saúde no âmbito da educação para a saúde?

❖ Como melhorar a qualidade e a eficácia dos processos de educação para a saúde?

Depois de constituídas as questões de investigação, segue-se a formulação dos objectivos da investigação. O objectivo é, pois, um enunciado que tem que indicar, com clareza, o que o investigador pretende fazer ao longo do estudo. Sem a sua delimitação, podem correr-se sérios riscos, perdendo-se completamente o rumo da investigação.

Para este estudo e na sequência das questões referidas, foram definidos os objectivos que a seguir se enunciam:

❖ Objectivo Geral

☞ Descrever e analisar a importância da educação para a saúde como factor de transformação social.

❖ Objectivos Específicos

☞ Conhecer as práticas usuais de educação para a saúde efectuadas na Escola, veiculadas por professores, profissionais de saúde e outros especialistas.

☞ Identificar nos alunos e pais conhecimentos adquiridos e as perspectivas sobre a educação para a saúde e respectiva aplicação.

☞ Descrever os factores sociais que influenciam a adopção de estilos de vida saudáveis nas famílias.

☞ Apresentar propostas de intervenção no sentido de melhorar a qualidade e eficácia dos processos de educação para a saúde na Escola.

2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E OPÇÃO METODOLÓGICA

Neste capítulo apresenta-se a metodologia da investigação, que se entende ser a operacionalização do método através de processos e técnicas, de que se vale o investigador para atingir os objectivos do estudo. Reunida pois toda a matéria necessária para a compreensão da problemática em estudo e definido o desenho de investigação, *“torna-se necessário especificar o método do estudo e de recolha de dados”* (Ribeiro, 1999:41).

A metodologia expressa as estratégias adoptadas pelo pesquisador para desenvolver informações precisas, objectivas e passíveis de interpretação (Polit e Hungler, 1995). São sobretudo as *técnicas e práticas utilizadas para recolher, processar e analisar os dados...*” (Ribeiro, 1999: 41).

É uma etapa em que se colocou em prática um conjunto de actividades, de maneira a permitir a realização efectiva do estudo. A metodologia constitui assim, *“a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação”* (Fortin, 1999:131).

O método é como que um caminho que se traça para conseguir chegar a um determinado fim, sendo esse caminho considerado científico, ou seja, um método científico, quando adoptamos um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicas para atingir um dado conhecimento (Gil, 1994).

Este capítulo é de grande importância, porque da metodologia seguida depende em grande parte o êxito do estudo. Explica-se como a problemática foi investigada e a razão pela qual determinados métodos e técnicas foram utilizados.

2.1. Tipo de Estudo

O presente estudo (descritivo e analítico) desenvolveu-se numa perspectiva dual – utilizando técnicas qualitativas e quantitativas. A abordagem qualitativa caracteriza-se pela inquirição sistemática, e está preocupada com a compreensão dos seres humanos e da natureza das suas relações consigo mesmos e com o seu meio. Este método preocupa-se com os indivíduos em todas as suas vertentes: bio, psico e social e o investigador que a utiliza adopta uma postura naturalista, interiorizando que aquilo que se procura estudar, só acontece com a ajuda imprescindível das pessoas, através das suas descrições (Polit e Hungler 1995).

Comenta-se a este respeito: *“Este tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios actores”* (Polit e Hungler, 1995: 270).

Quanto à abordagem quantitativa e através da aplicação do inquérito por questionário, foi possível obter um conjunto de dados cuja análise permitiu responder às perguntas de investigação deste estudo. Assim, e com a ajuda da estatística descritiva, a informação obtida foi resumida de uma maneira estruturada, afim de obter uma imagem geral das variáveis medidas na amostra em estudo.

Para que fosse possível impor alguma ordem à massa de dados obtidos, estes são expressos sobre a forma de frequências absolutas e relativas, ou seja, foram utilizadas as distribuições de frequência. Estas representam um método de organização sistemática dos dados numéricos, do mais baixo para o mais alto, ao qual se junta o número de vezes que cada valor foi obtido (Fortin, 1999).

Outra técnica de análise importante neste estudo é a análise de conteúdo dos inquéritos por entrevista. Esta análise *“oferece a oportunidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade”* (Quivy e Campenhoudt, 1998:227).

Designa-se análise de conteúdo, *“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”* (Bardin, 1995:42).

A preocupação em compreender de uma forma absoluta os aspectos em estudo, fez com que a orientação fosse para um estudo de caso, que se baseia *“numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização”* (Fortin, 1999:164). De maneira sintética, estudo de caso define-se como *“...uma pesquisa empírica que investiga um fenómeno contemporâneo no seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenómeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência”* (Yin, 2005:23).

O uso de múltiplas fontes de evidência permite o desenvolvimento da investigação em vários aspectos em relação ao mesmo fenómeno. As conclusões ficam mais apuradas, já que advém de um conjunto de corroborações. As entrevistas constituem a principal fonte de evidência de um estudo de caso (Yin, 2005).

Usando um critério mais geral, uma investigação caracteriza-se como um estudo de caso se *“surge do desejo de compreender fenómenos sociais complexos e retém as características significativas e holísticas de eventos da vida real”* (Yin, 2005:14).

O método no estudo de caso pode tomar diversas formas segundo a natureza da questão colocada. Neste estudo é do tipo descritivo sem experimentação. Esta estratégia serve: *“para descrever, explorar ou explicar um fenómeno complexo ou para verificar proposições teóricas a partir de uma análise em profundidade dos diferentes elementos do fenómeno. Baseia-se em documentos, na observação ou na entrevista”* (Fortin, 1999:165).

Para Bell (1997) um estudo de caso é mais do que a descrição de acontecimentos, histórias ou circunstâncias. Este interessa-se sobretudo pela interacção de factores e acontecimentos e tendo em consideração um caso prático, pode obter-se uma ideia completa desta interacção. Daí o carácter analítico desta investigação.

O estudo de caso aplica-se para explicar ligações causais em intervenções ou situações da vida real que são complexas demais para tratamento através de estratégias experimentais ou apenas de levantamento de dados; descrever um contexto de vida real no qual uma intervenção ocorreu; avaliar uma intervenção em curso e modificá-la; explorar aquelas situações nas quais a intervenção não tem clareza no conjunto de resultados (Yin, 2005). Daí a necessidade da triangulação da informação.

2.2. População Alvo – Os Critérios e Os Procedimentos de Selecção

Neste estudo, a população é constituída pelos alunos do 2º e 3º ciclo do Agrupamento de Escolas do Ensino Básico 2/3, Serra da Gardunha do Fundão.

A população estudada não requereu amostra já que foram inquiridos todos os elementos anteriormente tipificados no que diz respeito ao universo da

Escola do Ensino Básico 2/3. Assim, a nossa população é constituída por 412 alunos.

Fazem ainda parte deste estudo os pais dos alunos, professores da referida Escola e profissionais de saúde que se deslocam à mesma para realizar educação para a saúde.

Estes intervenientes do estudo foram escolhidos pelos seguintes critérios:

- Quanto aos professores e profissionais de saúde foram entrevistados todos os que estão directamente implicados na educação para a saúde, ou seja, cinco professores da referida Escola e três enfermeiras do Centro de Saúde do Fundão. Neste caso, foram definidos como grupo de interesse os professores e profissionais de saúde envolvidos no processo.

- Relativamente aos pais foram seleccionados alguns de forma casual e de acordo com a sua disponibilidade para serem entrevistados. É um tipo de amostragem não probabilística ou intencional e acidental, que é constituída por indivíduos que acidentalmente participaram no estudo (Ribeiro, 1999). Constituiu-se assim um grupo de onze pais, não havendo necessidade em entrevistar mais elementos, uma vez que as intervenções já não traziam factores de análise tão fecundos quanto o desejável para posterior análise. Verificou-se saturação da informação.

2.3. Processo de Recolha de Informação: Inquérito por Questionário e Inquérito por Entrevista

A escolha das técnicas utilizadas para a recolha de informação resultou de alguns princípios metodológicos que se seguiram: os objectivos delineados e o tipo de estudo a realizar. Ao basear-se nestes princípios e ao valorizar a perspectiva quantitativa e qualitativa do estudo, optou-se por utilizar como técnica de colheita de dados o inquérito por questionário e o inquérito por entrevista, por parecer serem estes susceptíveis de captar a essência do significado que os participantes atribuem à educação para a saúde, uma vez que *“as questões são concebidas com o objectivo de colher informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos (...)”* (Fortin, 1999:249).

O inquérito por questionário consiste *“Em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores”* (Quivy e Campenhoudt 1998:188).

A principal vantagem do inquérito por questionário segundo Quivy e Campenhoudt (1998) é a capacidade de quantificar uma diversidade de dados e de proceder a numerosas análises de correlação. Para o mesmo autor este método tem como limites e problemas o facto do alto custo e por vezes a superficialidade das respostas que não permitem a análise de certos processos.

A entrevista é outro método de recolha de informação *“caracterizado por um contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores ... instaura-se assim uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências”* (Quivy e Campenhoudt 1998:192).

Para estes autores a principal vantagem da entrevista é o grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos, permitindo recolher as interpretações respeitando os quadros de referência e possibilitar ao investigador informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados. O limite e problema central têm a ver com os elementos resultantes da recolha de informação, pois estes não se apresentam imediatamente sob uma forma que requeira um modo de análise particular.

2.3.1. Instrumentos de Recolha de Informação e sua Aplicação

Como foi anteriormente referido, o processo de recolha de informação foi através de inquérito por questionário e inquérito por entrevista.

Considera-se que o enquadramento geral para a construção do questionário aos alunos (anexo 2) e guião das entrevistas para pais (anexo 3), professores (anexo 4) e profissionais de saúde (anexo 5), partiu de um objectivo inicial mais abrangente: “Estudar os conhecimentos adquiridos e a motivação para a adopção de comportamentos positivos para a saúde

relacionando-os com os saberes conseguidos através da educação para a saúde.”

Tudo resultou num conjunto amplo de questões, consideradas como os indicadores mais concordantes com os objectivos, abrangendo as dimensões em análise na busca de respostas às questões de investigação de partida.

Seguidamente descrever-se-á o modo como se constituem os diferentes instrumentos que serviram de base à recolha de informação.

A) Organizou-se o inquérito por questionário em quatro partes distintas:

I. Perfil sócio-demográfico da população estudada;

II. Caracterização das práticas em educação para a saúde na escola em estudo;

III. Conhecimentos adquiridos, sua aplicação, motivação e interesse revelado para ter hábitos de vida saudáveis;

IV. Identificação de factores sociais que influenciam os estilos de vida.

I. O perfil sócio-demográfico da população estudada consiste em dados gerais sobre os alunos: género, idade, ano escolar que frequentam, onde e com quem vivem no período escolar, se são ou não auxiliados por alguém no momento do estudo e se sentem ou não necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os familiares. É um conjunto de seis perguntas fechadas, em que apenas uma variável de uma questão é aberta.

II. A caracterização das práticas em educação para a saúde na escola em estudo visa identificar a regularidade e a frequência das sessões de educação para a saúde, os temas mais abordados, se os alunos gostam desses momentos, se compreendem aquilo que lhes é ensinado e assinalar algumas práticas de saúde na escola. É um grupo de sete perguntas fechadas, em que apenas uma variável de uma questão é aberta e duas questões são para escolher as três situações mais frequentes (resposta múltipla).

III. Os conhecimentos adquiridos, sua aplicação, motivação e interesse revelado para ter hábitos de vida saudáveis questionam os alunos para identificar os seus estilos de vida e as suas opções. É um conjunto de doze perguntas fechadas.

IV. A identificação de factores sociais que influenciam os estilos de vida visa conhecer se os alunos se sentem atraídos ou não para fazer alguma coisa

positiva ou negativa após visualizar um filme, a televisão, ao ler uma revista ou ouvir uma música, o que mais os influencia nas suas escolhas para viver o dia-a-dia e perceber a sua opinião acerca de várias afirmações relacionadas com a saúde. É um conjunto de quatro perguntas fechadas e uma questão é para escolher as três situações verificadas com mais frequência (resposta múltipla).

A ficha de inquérito por questionário foi organizada e adequada para tratamento dos dados no sistema QUALEN. Este sistema visa o desenho, a leitura e a análise para este tipo de inquéritos.

Inicialmente teve que se planear e desenhar o inquérito, aplicável quando os métodos de recolha dos dados são feitos por questionário em papel. Todos os questionários tinham um código. O Teleform é um software para desenho e recolha de dados em formato compatível com o software analítico SPSS. Após a leitura dos questionários permite a definição de variáveis e operações de junção de ficheiros, de cálculo de novas variáveis e de recodificação, de entre as várias funcionalidades de transformação e gestão dos dados para posterior análise, o que permite aplicar procedimentos de estatística descritiva e cruzamento de informação proveniente de diferentes variáveis ou de variáveis de múltipla resposta.

O questionário foi elaborado numa linguagem escrita simples, clara e acessível, visto a faixa etária ser baixa. Para que todos os participantes interpretassem e dessem o mesmo significado a palavras comuns, mas específicas para o estudo, como “educação para a saúde”, “estilos de vida”, “sessões de educação para a saúde” e “saúde/doença”, explicou-se em cada turma e antes do preenchimento do questionário a definição destes termos. O objectivo consistia em aferir uma linguagem universal entre os participantes, evitando as discrepâncias de interpretação. Justificou-se ainda a razão da pesquisa e deram-se as instruções necessárias para a realização da tarefa.

Esta estratégia foi discutida e analisada numa reunião com a Presidente da Comissão Executiva, com a Coordenadora da Educação para a Saúde e com os Directores de Turma.

A recolha de dados efectuou-se de Fevereiro a Junho de 2008. Deu-se cumprimento a todos estes procedimentos só após a solicitação por escrito (anexo 1), à Presidente da Comissão Executiva do Agrupamento de Escolas do Ensino Básico 2/3 Serra da Gardunha do Fundão, para a permissão da

aplicação do instrumento de colheita de dados aos alunos do 5º ano ao 9º ano do ensino básico, aos professores ligados à educação para a saúde da referida escola e autorizar a utilização do nome desta Instituição na dissertação de doutoramento.

Lembrou-se que o anonimato era assegurado e que não deviam escrever os seus nomes, nem os de outras pessoas nas folhas.

B) Organizaram-se os guiões de inquérito para a entrevista aos pais dos alunos (anexo 3), professores (anexo 4) e profissionais de saúde (anexo 5) de acordo com três objectivos principais, elaborando posteriormente as questões principais e as questões acessórias. Destas questões surgiu uma lista de perguntas para orientação da entrevista respectivamente aos pais dos alunos (anexo 6), aos professores (anexo 7) e aos profissionais de saúde (anexo 8).

Posteriormente, os participantes do estudo foram contactados individualmente, onde lhes foi explicado o modo como foi feita a selecção e mais detalhadamente os objectivos e aquilo que se pretendia com a sua colaboração. O seu papel foi o de responderem oralmente, às perguntas previamente elaboradas relacionadas com a educação para a saúde realizada na escola básica 2/3 Serra da Gardunha e as opções de vida dos alunos para terem mais e melhor saúde.

A recolha dos dados efectuou-se de Março a Julho de 2008. Assegurou-se também a confidencialidade pelo anonimato (o anonimato de quem respondeu ou é referido está assegurado).

O projecto do questionário foi sujeito a uma validação inicial com o objectivo de ser testado. Assim, aplicou-se uma versão piloto no mês Janeiro de 2008. O pré-teste possibilitou identificar que o questionário se encontrava adequado. Houve apenas necessidade de aferir alguma terminologia.

3. ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo é utilizada uma metodologia dual, ou seja, é utilizada a metodologia quantitativa e qualitativa. Assim, a análise de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa por utilizar estatísticas descritivas que permitem apresentar as características da amostra e os valores obtidos pela medida das variáveis², enquanto que a análise dos dados qualitativos define-se como: *“Uma fase do processo indutivo de investigação (...) permite, portanto, guiar o investigador e dá-lhe pistas para descobrir o fenómeno em estudo (...)”* (Fortin, 1999:306).

Os dados quantitativos provenientes dos questionários foram tratados no programa SPSS versão 16, onde foi criada uma base de dados própria. Depois de encontrar as frequências esperadas e para avaliar as relações entre duas variáveis utilizou-se o teste qui-quadrado para independência de Pearson. Este é usado para determinar se a ocorrência de uma das variáveis afecta a probabilidade de ocorrência de outra (Larson, 2010).

As entrevistas efectuadas foram controladas pela emergência da teoria. Assim, a análise das entrevistas aos informantes permitiu aclarar as etapas seguintes da recolha de dados e, por sua vez, os novos dados foram analisados até que se tenha verificado a saturação dos dados. Quando as categorias ficaram estabilizadas e as informações suplementares não acrescentaram mais nada de novo à compreensão do estudo as entrevistas foram concluídas.

Os elementos em bruto que o investigador recolhe do terreno de pesquisa formam a base da análise (Bogdan e Biklen, 1994). Neste trabalho, como já foi referido, estes elementos são compostos pelos inquéritos por questionário efectuados aos alunos e também pelos inquéritos por entrevista fornecidas pelos pais dos alunos, pelos profissionais de saúde e pelos professores da escola que estão directamente relacionados com a educação para a saúde.

Terminada a recolha dos dados, inicia-se a fase de apresentação, tratamento e análise de dados. Segundo Bogdan e Biklen (1994), a análise abarca um conjunto de operações sobre os elementos em bruto conseguidos

² Nota: Dados obtidos por leitura óptica dos questionários. Por este motivo, na contabilização de algumas variáveis (muito poucas), a frequência das mesmas não atinge o total de 412 e as percentagens não arredondam aos 100% apenas por milésimas. Esta situação deve-se ao facto de aparecerem nas tabelas de frequências os denominados “missing”, isto é, perguntas “não respondidas”.

no terreno, que consiste em organizar os dados e convertê-los em material operacional, sintetizá-los, procurar padrões e identificar aquilo que é importante e concluir o que se irá comunicar.

Para melhor compreensão da apresentação e análise dos dados refere-se que, a partir deste momento este capítulo se constitui por três partes:

- Na primeira parte analisam-se e interpretam-se quantitativamente os dados referentes ao inquérito por questionário realizado aos alunos;
- Na segunda parte a análise qualitativa dos inquéritos por entrevista;
- Na terceira parte o cruzamento de algumas variáveis.

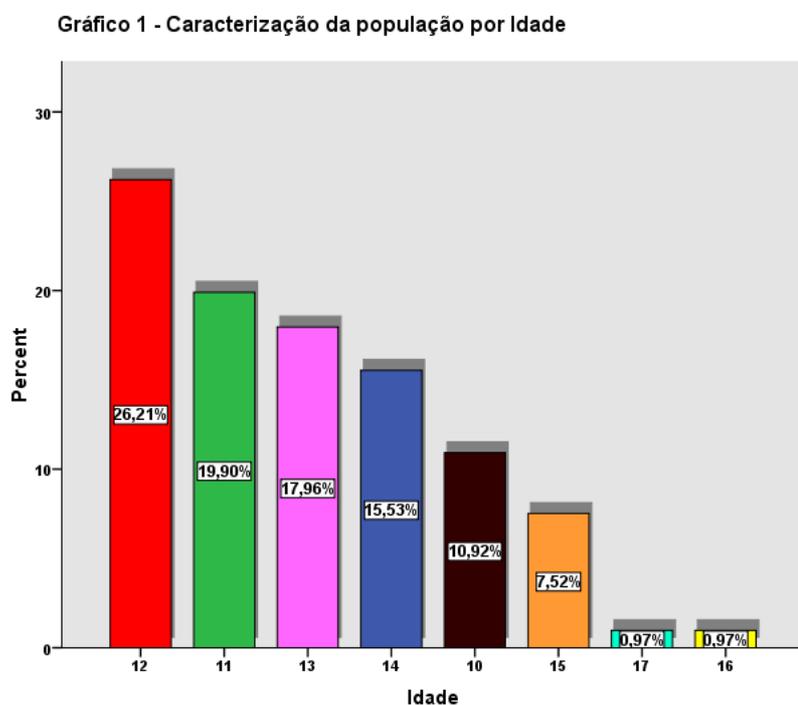
PARTE I
ANÁLISE QUANTITATIVA DOS INQUÉRITOS POR QUESTIONÁRIO

1º Grupo de questões: “Perfil sócio-demográfico da população estudada”

3.1. Caracterização da população por Género e Idade

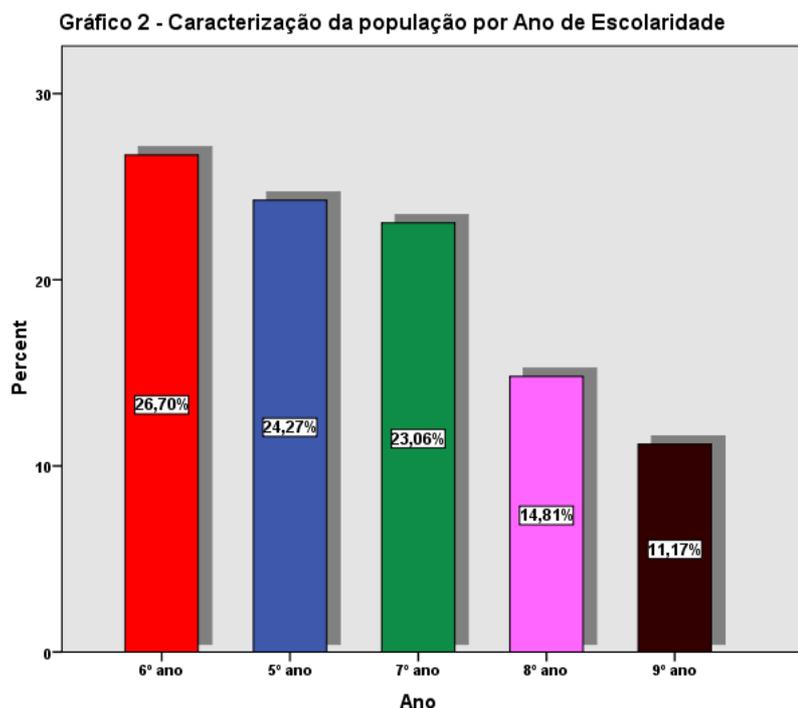
Fazendo uma análise dos alunos quanto ao género, a população não diferencia os géneros: são 206 alunos do género feminino (50%) e 206 alunos do género masculino (50%).

A idade a que corresponde um maior número de alunos é a dos 12 anos que é de 108 alunos (26,21%). Verifica-se ainda e tal como mostra o gráfico 1, que a idade imediatamente a seguir com maior valor é a dos 11 anos (19,9%). As idades de 13, 14, 10 e 15 anos são representadas respectivamente pelos seguintes valores: 74 alunos (17,96%), 64 alunos (15,53%), 45 alunos (10,92%) e 31 alunos (7,52%). Os alunos com 16 e 17 anos apresentam um valor menor em relação às outras idades e entre si registam um número igual: 4 alunos (0,97%).



3.2. Caracterização da população por Ano de Escolaridade e Agregado Familiar

No gráfico 2 pode-se verificar que o maior número de alunos frequenta o 6º ano de escolaridade, 110 alunos (26,7%), seguindo-se o 5º ano com 100 alunos (24,27%). O 7º ano de escolaridade tem 95 alunos (23,06%), o 8º ano de escolaridade 61 alunos (14,81%) e o 9º ano de escolaridade com 46 alunos (11,17%).



Quanto à caracterização segundo com quem Vive o Aluno Durante o Período Escolar, 381 alunos (92,48%) vivem “Com os pais em casa”, representando a grande maioria. Enquanto que “Com colegas num lar” vivem 11 alunos (2,67%) e “Com outros familiares fora de sua casa” 9 alunos (2,18%); 11 alunos (2,67%) referiram “Outra” situação. Nesta incluíram que durante o período escolar vivem no Abrigo de S. José.

3.3. Caracterização da população segundo o Auxílio que o Aluno tem Durante o Estudo e a Necessidade em Falar sobre Assuntos de Saúde com os Pais ou Outros Familiares

No Auxílio que o Aluno tem Durante o Estudo os valores são muito aproximados para o “Sim” e para o “Não”. 210 alunos (50,73%) referem que

são auxiliados no estudo e 202 alunos (49,27%) mencionam o contrário, ou seja, não são auxiliados durante o estudo.

A “necessidade em falar sobre temas de saúde com outras pessoas”, apresenta a maior percentagem 254 alunos (61,65%) no “Não” sentem essa necessidade e 158 alunos (38,35%) referem que “Sim”, sentem essa necessidade.

2º Grupo de questões: “Caracterização das práticas em educação para a saúde na escola em estudo”

A apresentação de dados seguinte está relacionada com a questão sobre “onde são fornecidas as informações relacionadas com saúde, estilos de vida saudáveis e bem-estar”. O aluno tinha que referir as três situações mais frequentes das oito indicadas.

3.4. Caracterização da população segundo as Situações Mais Frequentes Onde o Aluno obtém Informação

Analisando os dados constata-se que a maioria dos alunos (341) referem que a informação de que necessitam em matéria de saúde é em primeiro lugar dada “Em Casa pelos Pais” (82,77%). Segue-se em segundo lugar a “Comunicação Social” com 253 alunos (57,04%) e na terceira posição com 220 alunos “Na Escola pelos Professores” (53,40%). A variável “Através da Internet”, com 140 alunos ocupa o quarto lugar com 33,98% e “Na Escola pelos Profissionais de Saúde” encontra-se na quinta posição com 30,58% (126 alunos).

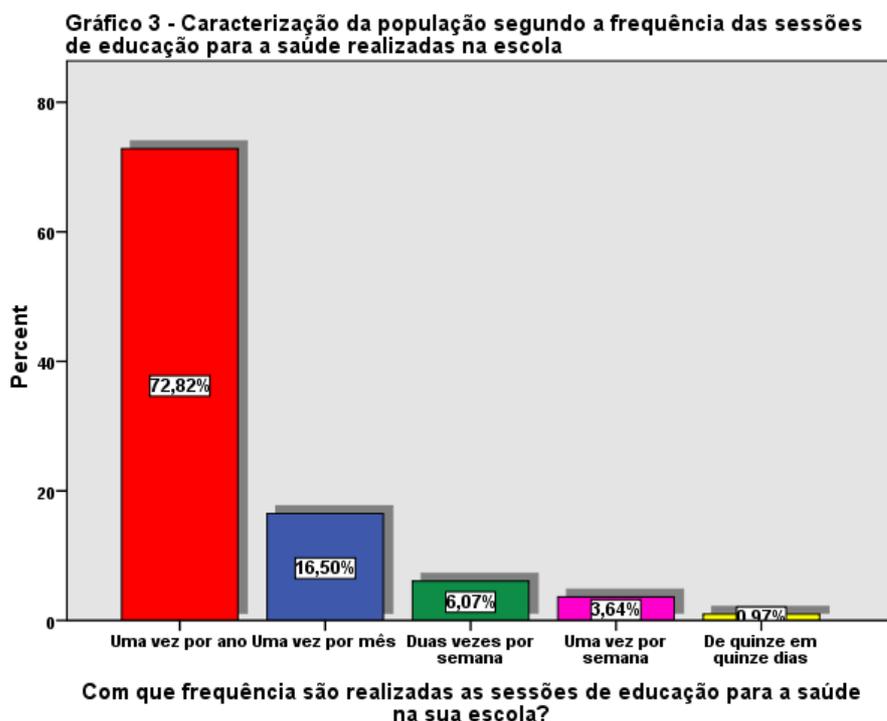
Os “Livros” (111 alunos) e as “Revistas” (67 alunos) recaíram respectivamente no sexto e sétimo lugar com 26,94% e 16,26% na opção dos alunos. A variável “Na Escola com Outros Colegas” teve o valor mais baixo, ocupando o oitavo lugar, em que 57 alunos (13,83%) referem que optam pelos colegas para se informar acerca de temáticas relacionadas com a saúde.

3.5. Caracterização da população segundo a Realização de Sessões de Educação para a Saúde

Verifica-se que 389 alunos (94,42%) referem que “Na Escola se realizam sessões de educação para a saúde” e 23 alunos (5,58%) mencionam que não se fazem sessões de educação para a saúde.

3.6. Caracterização da população segundo a Frequência das Sessões de Educação para a Saúde

Dos 389 alunos que disseram que se realizam na Escola sessões de educação para a saúde na questão anterior, pode-se verificar no gráfico 3 que 300 alunos (72,82%) referem que as sessões de educação para a saúde se realizam “Uma vez por ano”, seguindo-se 60 alunos (16,50%) a mencionarem “Uma vez por mês”. 16 alunos (6,07%) dizem que é “Duas vezes por semana”. “Uma vez por semana” é referido por 9 alunos (3,64%) e por último 4 alunos (0,97%) referem que é “De quinze em quinze dias”.



3.7. Caracterização da população segundo os Temas Mais Frequentes

A análise a seguir apresentada está relacionada com a questão “*Quando efectuam as sessões de educação para a saúde falam sobre que temática?*” O aluno tinha que referir os três temas mais frequentes dos oito indicados.

Da análise efectuada, constata-se que a maioria dos alunos (351 alunos) referem que o tema mais frequente é a “Alimentação Saudável” (85,19%), estando este em primeiro lugar. Em segundo lugar, 248 alunos referem a “Higiene Oral” (60,19%) e na terceira posição, 191 alunos referiram “Tabagismo/Alcoolismo/Toxicodependência” (46,36%).

A variável “Sexualidade” ocupa o quarto lugar com 165 alunos (40,05%) e o tema “Saúde Ambiental” encontra-se na quinta posição com 157 alunos (38,11%).

As “Medidas Específicas para Prevenir Doenças” e a “Higiene Corporal/Vestuário” recaíram respectivamente no sexto e sétimo lugar com 28,88% (119 alunos) e 14,81% (61 alunos) na opção dos inquiridos. A variável “Cidadania” teve o valor mais baixo, ocupando o oitavo lugar, em que 47 alunos (11,41%) referem este tema.

3.8. Caracterização da população segundo o Gosto pelos Momentos de Informação

Os alunos que gostam dos momentos em que lhes é fornecida informação sobre estilos de vida saudável, são 363 (88,08%) e os que mencionam que não gostam desses momentos são 49 (11,92%).

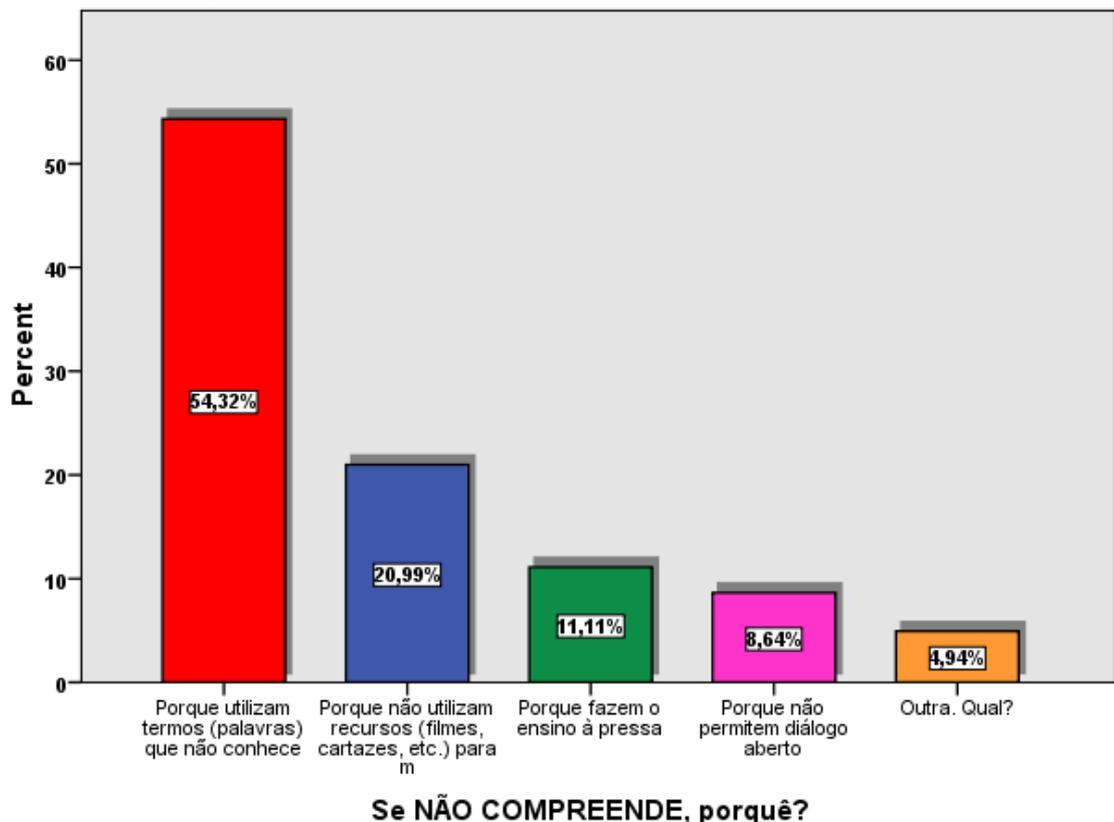
3.9. Caracterização da população segundo a Compreensão das Informações

337 alunos (81,55%) referem que “Compreendem as informações que lhes transmitem” e 75 alunos (18,45%) mencionam que não compreendem as informações.

3.10. Caracterização da população segundo a Razão da Não Compreensão da Informação

Dos 75 alunos que disseram que não compreenderam as informações transmitidas nas sessões de educação para a saúde na questão anterior, pode-se verificar no gráfico 4 que 44 alunos (54,32%) referem que não compreendem “Porque utilizam termos (palavras) que não conhece”, seguindo-se 11 alunos (20,99%) a mencionarem “Porque não utilizam recursos (filmes, cartazes, etc.)”; 9 alunos (11,11%) dizem que é “Porque fazem o ensino à pressa”. “Porque não permitem diálogo aberto” é referido por 7 alunos (8,64%) e por último 4 alunos (4,94%) referem que é “Outra” situação. Nesta mencionaram o facto de haver “barulhos” e “colegas a distraí-los”.

Gráfico 4 - Caracterização da população segundo a razão da não compreensão da informação



3.11. Caracterização da Promoção da Saúde realizada na Escola

A análise seguinte dá resposta a um grupo de questões em que se solicita ao aluno que informe sobre determinados aspectos relacionados com a promoção da saúde na Escola.

207 alunos (50,36%) mencionam que “Existem caixotes diferenciados para o lixo para posterior reciclagem” e 205 alunos (49,64%) dizem que não existem. Verifica-se esta divergência nos resultados, ou seja, quase o mesmo valor para o “Sim” e para o “Não” porque, de facto, existem os caixotes para o lixo diferenciados, mas só nos corredores, não existindo os mesmos nas salas de aulas. Assim os alunos que responderam “Não” estavam a referir-se aos das salas de aulas.

266 alunos (64,56%) mencionam que “No bar da escola não existem alimentos não saudáveis” e 146 alunos (35,44%) dizem que existem. 336 alunos (81,51%) referem que “Nas refeições da cantina da escola evitam os alimentos não saudáveis” e 76 alunos (18,49%) exprimem que não evitam as gorduras, o excesso de sal, os fritos, etc.

378 alunos (91,75%) mencionam que “Há actividades que incentivam a prática desportiva e o exercício físico” e 34 alunos (8,25%) expressam que não existe esse incentivo e ainda 308 alunos (74,63%) referem que “Há actividades que incentivam as boas maneiras, o companheirismo, a solidariedade, etc.” e 104 alunos (25,37%) dizem que não existem.

3º Grupo de questões: “Conhecimentos adquiridos, sua aplicação, motivação e interesse revelado para ter hábitos de vida saudáveis”

3.12. Caracterização da população segundo a Informação Recebida e o Posterior Comentário com Outros Indivíduos e Aplicação na Vida Diária dos Conhecimentos Adquiridos

344 alunos (83,50%) “Após receberem a informação sobre estilos de vida saudável comentam o assunto com os pais, outros familiares, amigos e colegas” e 68 alunos (16,50%) referem que não comentam. Os alunos que referem que “Aplicam na vida diária os conhecimentos adquiridos” são 358 (86,83%) e os que expressam que não aplicam são 54 (13,17%).

3.13. Caracterização da população segundo os Bons Hábitos de Vida para se Manter Saudável

348 alunos (84,47%) referem que “Consideram que têm bons hábitos de vida” e 64 alunos (15,53%) mencionam que não têm bons hábitos de vida para se manterem saudáveis.

3.14. Caracterização da população segundo a Preocupação com o Meio Ambiente

Esta análise indica que 355 alunos (86,13%) referem que “Se preocupam em ter atitudes que beneficiam o meio ambiente” e 57 alunos (13,87%) dizem que não se preocupam.

3.15. Caracterização da população segundo o Costume de Fumar Cigarros e Beber Bebidas com Álcool

A análise indica que 377 alunos (91,50%) referem que “Não fumam cigarros” e 35 alunos (8,50%) mencionam que fumam cigarros e que 321 alunos (77,91%) dizem que “Não bebem bebidas com álcool” e 91 alunos (22,09%) referem que bebem bebidas com álcool.

3.16. Caracterização da população segundo o Consumo de Alimentos Pouco Saudáveis, o Exercício Físico Praticado e a Higiene Efectuada Diariamente

Estes dados indicam que 268 alunos (65,05%) referem que “Consumem alimentos pouco saudáveis” e 144 alunos (34,95%) referem que não consomem alimentos pouco saudáveis.

352 alunos (85,40%) dizem que “Praticam exercício físico para além das aulas de educação física na escola” e 60 alunos (14,60%) referem que não praticam.

Dos 412 alunos inquiridos, 401 alunos (97,33%) referem que “Fazem a higiene do corpo, dos dentes e do vestuário diariamente” e 11 alunos (2,67%) referem que não fazem.

3.17. Caracterização da população segundo a Preocupação em Separar os Lixos

A análise mostra que 293 alunos (71,12%) dizem que “Se preocupam em separar os lixos” e 119 alunos (28,88%) referem que não se preocupam.

3.18. Caracterização da população segundo o Incentivo dos Educadores

388 alunos (94,17%) dizem que “Os educadores os incentivam a ter bons comportamentos para terem melhor saúde” e 24 alunos (5,83%) referem que não.

3.19. Caracterização da população segundo a Importância do Ensino sobre Assuntos Relacionados com Estilos de Vida Saudável

379 alunos (91,97%) exprimem que “Acham importante o ensino de assuntos relacionados com estilos de vida saudável” e 33 alunos (8,03%) referem que não.

4º Grupo de questões: “Identificação de factores sociais que influenciam os estilos de vida”

3.20. Caracterização da população segundo a Atracção para Fazer Algo Positivo ou Negativo que Viu num Filme, na Televisão, Ouviu numa Música ou que Leu numa Revista

Estes dados mostram que 302 alunos (73,30%) referem que “Sim, já se sentiram atraídos para fazer algo positivo” e 110 alunos (26,70%) referem que não se sentiram atraídos; 269 alunos (65,29%) referem que “Não se sentiram atraídos para fazer algo negativo” e 143 alunos (34,71%) referem que sim, já se sentiram atraídos para fazer algo negativo.

3.21. Caracterização da população segundo as Situações que Mais Influenciam o Aluno

A análise a seguir apresentada está relacionada com a questão “Das situações mencionadas escolha as que mais o influenciam nas suas escolhas para viver o dia-a-dia.” O aluno podia escolher três opções das nove indicadas.

Nesta análise, constata-se que a maioria dos alunos (268) referem que o que mais os influenciam para viver o dia-a-dia é em primeiro lugar os “Os Pais/Outros Familiares” (65,05%).

Seguem-se em segundo lugar “Os Amigos/Colegas” com 260 alunos (63,11%) e na terceira posição “A Televisão” com 232 alunos (56,31%).

A variável “A Internet” ocupa o quarto lugar com 175 alunos (42,48%) e “A Música” (151 alunos) encontra-se na quinta posição com 36,65%.

Os “Professores” (117 alunos) e os “Filmes” (90 alunos) recaíram respectivamente no sexto e sétimo lugar com 28,40% e 21,84% na opção dos alunos.

A variável “As Revistas/Jornais” com 33 alunos (8,01%) está em penúltimo lugar e “O Rádio” teve o valor mais baixo, ocupando o nono lugar, em que 19 alunos (4,61%) referem que este meio os influencia nas suas escolhas para viver o dia-a-dia.

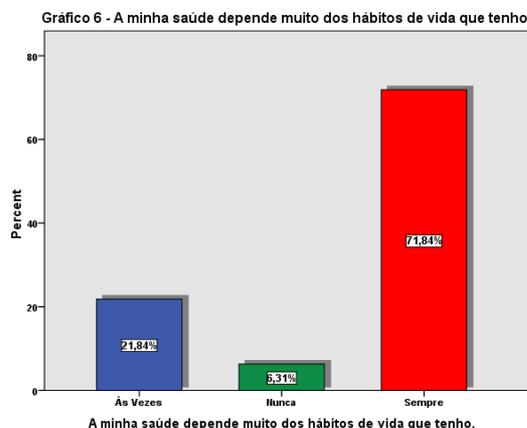
3.22. Caracterização da população segundo a Opinião sobre Afirmações Relacionadas com a Saúde

Seguidamente analisa-se a opinião que os alunos têm acerca de algumas afirmações sobre assuntos de saúde. A análise é realizada em algumas afirmações através de gráficos.

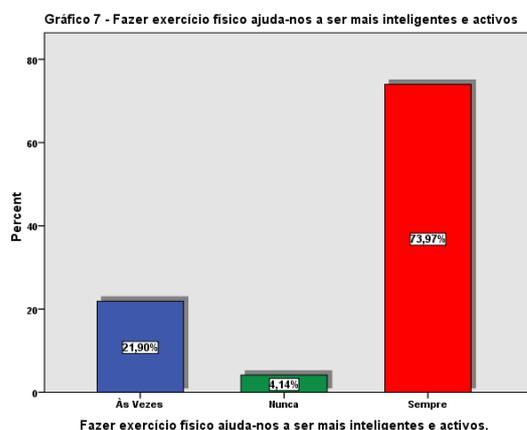
No gráfico 5 constata-se que 243 alunos (58,98%) respondem “Às Vezes” na afirmação “*Não interessa aquilo que como desde que me sinta satisfeito*”. 106 alunos (25,73%) dizem “Nunca” e 63 alunos (15,29%) referem “Sempre”.



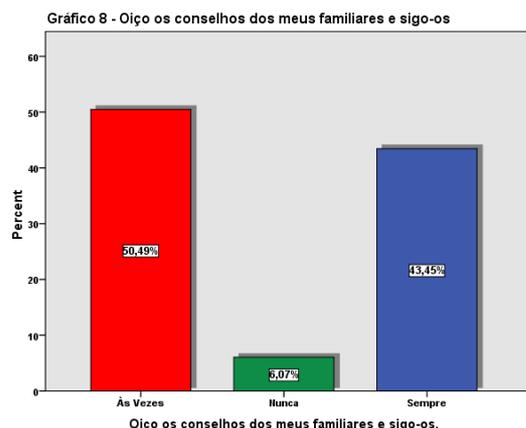
No gráfico 6 constata-se que 296 alunos (71,84%) respondem “Sempre” na afirmação “*A minha saúde depende muito dos hábitos de vida que tenho*”. 90 alunos (21,84%) dizem “Às Vezes” e 26 alunos (6,31%) referem “Nunca”.



No gráfico 7 constata-se que 305 alunos (73,97%) respondem “Sempre” na afirmação “*Fazer exercício físico ajuda-nos a ser mais inteligentes e activos*”. 90 alunos (21,90%) dizem “Às Vezes” e 17 alunos (4,14%) referem “Nunca”.

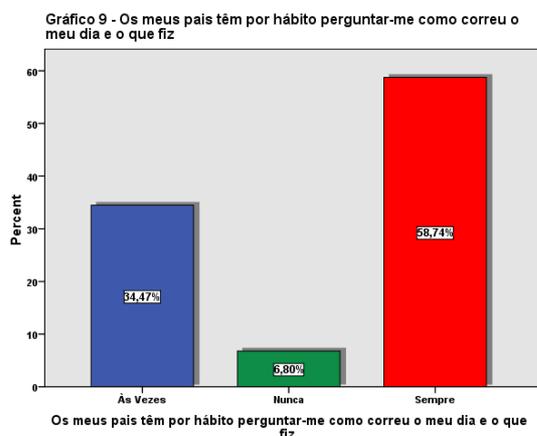


O gráfico 8 mostra que 208 alunos (50,49%) respondem “Às Vezes” na afirmação “*Oiço os conselhos dos meus familiares e sigo-os*”. 179 alunos (43,45%) dizem “Sempre” e 25 alunos (6,07%) referem “Nunca”.



Na afirmação “*Ser “gordinho” é sinal de boa saúde*” 295 alunos (71,39%) respondem “Nunca”, 93 alunos (22,74%) dizem “Às Vezes” e 24 alunos (5,87%) referem “Sempre”.

No gráfico 9 verifica-se que 242 alunos (58,74%) respondem “Sempre” na afirmação “*Os meus pais têm por hábito perguntar-me como correu o meu dia e o que fiz*”. 142 alunos (34,47%) dizem “Às vezes” e 28 alunos (6,80%) referem “Nunca”.



Na afirmação “*Levo pão, fruta ou iogurtes para comer nos intervalos das aulas*” 178 alunos (43,20%) respondem “Nunca”. 152 alunos (36,89%) dizem “Às Vezes” e 82 alunos (19,90%) referem “Sempre”.

Na afirmação “*Gosto de ler assuntos que me façam saber como ser mais saudável*” constata-se que 222 alunos (53,77%) respondem “Às Vezes”, 150 alunos (36,50%) dizem “Sempre” e 40 alunos (9,73%) referem “Nunca”.

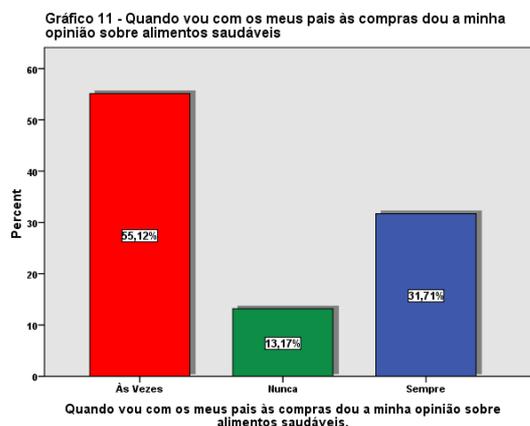
O gráfico 10 aponta que 224 alunos (54,37%) respondem “Nunca” na afirmação “Os meus pais dão-me dinheiro para levar para a escola para comer e compro guloseimas”. 159 alunos (38,59%) dizem “Às Vezes” e 29 alunos (7,04%) referem “Sempre”.



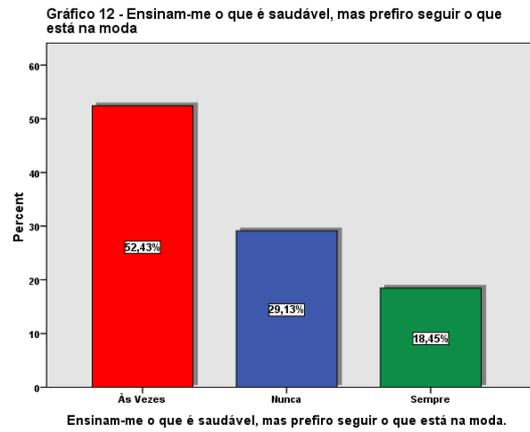
Na afirmação “Fumar ajuda-nos a ser mais inteligentes e activos” 358 alunos (86,86%) respondem “Nunca”, 28 alunos (6,81%) dizem “Sempre” e 26 alunos (6,33%) referem “Às Vezes”.

Na afirmação “As bebidas alcoólicas fazem bem ao cérebro” verifica-se que 347 alunos (84,22%) respondem “Nunca”, 40 alunos (9,71%) dizem “Às Vezes” e 25 alunos (6,07%) referem “Sempre”.

O gráfico 11 indica que 228 alunos (55,12%) respondem “Às Vezes” na afirmação “Quando vou com os meus pais às compras dou a minha opinião sobre alimentos saudáveis”. 130 alunos (31,71%) dizem “Sempre” e 54 alunos (13,17%) referem “Nunca”.



O gráfico 12 mostra que 216 alunos (52,43%) respondem “Às Vezes” na afirmação “*Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda*”. 120 alunos (29,13%) dizem “Nunca” e 76 alunos (18,45%) referem “Sempre”.



3.23. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO CRUZAMENTO DE ALGUMAS VARIÁVEIS

Com este sub-capítulo pretende-se examinar as relações entre algumas variáveis e interpretá-las no contexto do estudo. Esta interpretação restringe-se à descrição das relações entre as variáveis, sem explorar a predição ou a causalidade. Utiliza-se o teste do χ^2 (qui-quadrado) de Pearson para permitir testar a independência de duas variáveis, com um nível de significância ($\alpha=5\%$), para erro do tipo I, o que equivale ao erro máximo que se pode cometer ao rejeitar uma hipótese nula (H_0).

Na tabela 1, em que se relaciona a *idade dos alunos e com quem vivem durante o período escolar*, verifica-se que o maior valor incide “*com os pais em casa*”, ou seja, em qualquer das idades a maioria habita com os pais.

Tabela 1. Relação entre a “Idade” e “Durante o período escolar vive com quem?”

		Durante o período escolar vive com quem?				Total
		Com colegas num lar	Com os pais em casa	Com outros familiares fora de sua casa	Outro	
Idade	10	1	43	0	1	45
	11	1	76	2	3	82
	12	2	101	3	2	108
	13	2	69	1	2	74
	14	3	57	2	2	64
	15	2	28	0	1	31
	16	0	3	1	0	4
	17	0	4	0	0	4
Total		11	381	9	11	412

Nas tabelas de contingência as frequências esperadas têm que ter um valor superior ou igual a cinco. Como na tabela 1 algumas frequências esperadas não obedecem a este critério, não se pode realizar o teste do χ^2 (qui-quadrado) de Pearson para a independência das variáveis. A fim de respeitar este pressuposto de base do teste, pode-se frequentemente considerar reagrupar categorias das variáveis que são cruzadas, mas neste caso, mesmo reagrupando, existiriam frequências esperadas inferiores a cinco.

Conforme se pode averiguar na tabela 2 que indica a *relação entre a idade e o auxílio no momento do estudo*, constata-se que aos 10, 11 e 12 anos de idade o maior número é aquele que mostra que os alunos *são auxiliados por outra pessoa quando estudam*, apesar de se registrar também nestas idades um valor significativo de alunos que *não são auxiliados no estudo*. Note-se por exemplo que nos 108 alunos com 12 anos, 58 *alunos são ajudados* e 50 *não são ajudados no momento do estudo*; aos 13, 14, 15,16 e 17 anos o valor mais atribuído é para o *não são auxiliados no momento do estudo*.

Tabela 2. Relação entre a “Idade” e “Quando está no momento do estudo é auxiliado por outra pessoa?”

		Quando está no momento do estudo é auxiliado por outra pessoa?		Total
		Não	Sim	
Idade	10	15	30	45
	11	31	51	82
	12	50	58	108
	13	41	33	74
	14	40	24	64
	15/16/17	27	12	39
Total		204	208	412

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,174 ^a	5	0,1%

SPSS → P (Sig) = 0,1%

0,1% < 5% ⇒ Rejeitar H₀ ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que a “idade dos alunos” e o “auxílio no momento do estudo” são dependentes.

Na relação entre as variáveis *género e o auxílio no momento do estudo* não existe diferença significativa entre o *género masculino* e o *género feminino* quanto ao *auxílio no momento do estudo*, isto é, o género masculino tem um

valor ligeiramente acima (108 alunos) do género feminino (102 alunos) na ajuda no momento do estudo. Os restantes não são auxiliados (202 alunos).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,245 ^a	1	6,20%

SPSS → P (Sig) = 6,20%

6,20% > 5% ⇒ Aceitar H_0 ⇒ As variáveis são independentes. Não há evidência suficiente para concluir que o “género” tem relação com o “auxílio no momento do estudo”.

Na *relação entre a compreensão das informações dadas nos ensinios e o gosto por esses momentos*, o inquérito mostra ainda que a maioria dos alunos (307) *gosta do momento em que lhes é fornecida informação sobre estilos de vida saudável* e que simultaneamente *compreendem as informações que lhes transmitem*. Tem que se evidenciar também aqueles 56 alunos que referem que gostam mas não compreendem as informações e ainda os 30 alunos que apesar de não gostarem dos momentos em que lhes é fornecida informação, a compreendem.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,714 ^a	1	0,0%

SPSS → P (Sig) = 0,0%

0,0% < 5% ⇒ Rejeitar H_0 ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que a “compreensão das informações dadas nos ensinios” e “os alunos gostarem desses momentos” são dependentes.

Na *relação entre a idade e a necessidade em falar sobre assuntos de saúde com outras pessoas*, constata-se pela tabela 3 que é transversal a todas as idades o não sentirem necessidade em falar sobre assuntos de saúde com

os seus pais, ou outros familiares, salientando-se que os alunos de 12 anos apresentam o maior valor.

Tabela 3. Relação entre a “Idade” e “Costuma sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outros familiares?”

		Costuma sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outros familiares?		Total
		Não	Sim	
Idade	10	23	22	45
	11	42	40	82
	12	67	41	108
	13	49	25	74
	14	47	17	64
	15/16/17	26	13	39
Total		254	158	412

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,019 ^a	7	1,38%

SPSS → P (Sig) = 1,38%

1,38% < 5% ⇒ Rejeitar H₀ ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que a “idade” e a “necessidade em falar sobre assuntos de saúde com outras pessoas” são dependentes.

Como indicam também os resultados do questionário, a *relação entre a realização de ensinios na Escola e o gosto por esses momentos*, é que a maioria (341 alunos) referem que fazem ensinios na Escola e que gostam desses momentos. São 49 os alunos que referem não *gostar dos momentos em que lhes é fornecida informação sobre estilos de vida saudável* e 22 alunos apontam que na Escola não se faz educação para a saúde.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,331 ^a	1	2,49%

SPSS → P (Sig) = 2,49%

2,49% < 5% ⇒ Rejeitar H₀ ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que a “realização de ensinamentos na Escola” e o “gosto por esses momentos” são dependentes.

A tabela 4 indica que é o *gênero masculino que menos sente necessidade em falar sobre assuntos de saúde com outros*: 140 alunos referem que não sentem essa necessidade e 66 alunos mencionam que sentem necessidade em falar sobre temas de saúde. No *gênero feminino* também é a *não necessidade em falar sobre matérias de saúde* que contabiliza o maior valor (114 alunas), mas essa necessidade está presente em 92 alunas.

Tabela 4. Relação entre o “Gênero” e “Costuma sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outros familiares?”

		Costuma sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outros familiares?		Total
		Não	Sim	
Gênero	Feminino	114	92	206
	Masculino	140	66	206
Total		254	158	412

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,940 ^a	1	0,8%

SPSS → P (Sig) = 0,8%

0,8% < 5% ⇒ Rejeitar H₀ ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que o “gênero” e o

“sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outros familiares” são dependentes.

Na *relação entre a idade e o hábito dos pais perguntarem sobre as actividades diárias dos filhos*, na tabela 5 pode-se verificar que onde se acentua mais a diferença é dos 10 aos 14 anos de idade, em que os pais perguntam *sempre* como correu o dia aos filhos e o que fizeram num valor mais elevado do que nas restantes idades. Há a salientar que nestas idades (10 a 14 anos) também há pais que *nunca* perguntam (24 alunos) e aqueles que perguntam só *às vezes* (126 alunos). Aos 17 anos a contagem mais elevada é registada no *nunca*.

Tabela 5. Relação entre a “Idade” e “Os meus pais têm por hábito perguntar-me como correu o meu dia e o que fiz”

		Os meus pais têm por hábito perguntar-me como correu o meu dia e o que fiz.			Total
		Às Vezes	Nunca	Sempre	
Idade	10	13	2	30	45
	11	19	3	60	82
	12	45	8	55	108
	13	24	4	46	74
	14	25	7	32	64
	15	14	1	16	31
	16	1	1	2	4
	17	1	2	1	4
Total		142	28	242	412

Nas tabelas de contingência as frequências esperadas têm que ter um valor superior ou igual a cinco. Como na tabela 5 algumas frequências esperadas não obedecem a este critério, é impossível realizar o teste do χ^2 (qui-quadrado) de Pearson para a independência das variáveis.

A tabela 6 indica que a *relação entre a idade e a preferência do que está na moda* é: a maior contagem de alunos está registada no *às vezes* ensinam-me o que é saudável mas prefiro seguir o que está na moda. Há a destacar que o *sempre* aparece com valores em todas as idades, ou seja, ensinam-lhes o que é saudável mas preferem *sempre* seguir o que está na moda.

Tabela 6. Relação entre a “Idade” e “Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda”

		Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda.			Total
		Às Vezes	Nunca	Sempre	
Idade	10/11	68	46	13	127
	12	56	27	25	108
	13	39	20	15	74
	14	32	18	14	64
	15/16/17	21	9	9	39
Total		216	120	76	412

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,777 ^a	14	3,7%

SPSS → P (Sig) = 3,7%

3,7% < 5% ⇒ Rejeitar H_0 ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que a “idade” e o “preferirem seguir o que está na moda” são dependentes.

A relação entre o género e a preferência de seguir o que está na moda como aponta a tabela 7 é que, tanto num como no outro género o *às vezes* é maioritário e o *sempre* apresenta-se em menor número. No entanto, verifica-se que o *sempre* apresenta maior valor no género feminino.

Tabela 7. Relação entre o “Género” e “Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda”

		Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda.			Total
		Às Vezes	Nunca	Sempre	
Género	Feminino	103	62	41	206
	Masculino	113	58	35	206
Total		216	120	76	412

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,070 ^a	2	5,86%

SPSS → P (Sig) = 5,86%

5,86% > 5% ⇒ Aceitar H_0 ⇒ As variáveis são independentes. Não há evidência suficiente para concluir que o “gênero” tem relação com a “preferência de seguir o que está na moda”.

Na tabela 8 em que se analisa a *relação entre a idade e o cumprimento dos conselhos ouvidos* constata-se que a maior contagem verifica-se no às vezes *oiço os conselhos dos meus familiares e sigo-os*. Sobressai aos 10, 11 e 13 anos uma mínima diferença (1 aluno) na contagem entre o às vezes e o *sempre*. Tem que se evidenciar que apesar de aparecer com um valor muito baixo, o *nunca*, também aparece nas respostas obtidas e em todas as idades, apesar de ser pouco significativo no cômputo global.

Tabela 8. Relação entre a “Idade” e “Oiço os conselhos dos meus familiares e sigo-os”

		Oiço os conselhos dos meus familiares e sigo-os.			Total
		Às Vezes	Nunca	Sempre	
Idade	10	22	2	21	45
	11	40	1	41	82
	12	56	9	43	108
	13	35	3	36	74
	14	33	6	25	64
	15	19	2	10	31
	16	0	1	3	4
	17	3	1	0	4
Total		208	25	179	412

Nas tabelas de contingência as frequências esperadas têm que ter um valor superior ou igual a cinco. Como na tabela 8 algumas frequências esperadas não obedecem a este critério, é impossível realizar o teste do χ^2 (qui-quadrado) de Pearson para a independência das variáveis. A fim de respeitar este pressuposto de base do teste, pode-se frequentemente

considerar reagrupar categorias das variáveis que são cruzadas, mas neste caso, mesmo reagrupando, existiriam frequências esperadas inferiores a cinco.

A relação entre o gênero e o cumprimento dos conselhos ouvidos como aponta a tabela 9 é diferenciada por valores mínimos. Tanto num como no outro gênero o *às vezes* é maioritário e o *sempre* apresenta-se com uma distância mínima do *às vezes* no gênero feminino. Verifica-se que o *nunca* manifesta maior valor no gênero feminino.

Tabela 9. Relação entre o “Gênero” e “Oíço os conselhos dos meus familiares e sigo-os”

		Oíço os conselhos dos meus familiares e sigo-os.			Total
		Às Vezes	Nunca	Sempre	
Gênero	Feminino	98	15	93	206
	Masculino	110	10	86	206
Total		208	25	179	412

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,966 ^a	2	3,74%

SPSS → P (Sig) = 3,74%

3,74% < 5% ⇒ Rejeitar H₀ ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que o “gênero” e o “ouvir os conselhos dos familiares e segui-los” são dependentes.

A tabela 10 apresenta a relação entre hábitos de vida com a aplicação de conhecimentos adquiridos. Esta relação mostra que a maioria dos alunos (323 alunos) aplicam na vida diária os conhecimentos adquiridos e simultaneamente consideram que têm bons hábitos de vida para se manterem saudáveis, mas neste grupo existem ainda 35 alunos que não consideram ter bons hábitos de vida para se manterem saudáveis. Dos que referem não aplicar na vida diária os conhecimentos adquiridos, aparecem 25 a mencionar que têm bons hábitos de vida.

Tabela 10. Relação entre “Considera que tem bons hábitos de vida para se manter saudável?” e “Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?”

		Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?		Total
		Não	Sim	
Considera que tem bons hábitos de vida para se manter saudável?	Não	29	35	64
	Sim	25	323	348
Total		54	358	412

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	68,510 ^a	1	0,0%

SPSS → P (Sig) = 0,0%

0,0% < 5% ⇒ Rejeitar H_0 ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que os “ hábitos de vida para se manter saudável” e o “aplicar na vida diária os conhecimentos adquiridos” são dependentes.

Na *relação entre a necessidade em falar sobre assuntos de saúde e a importância dada ao ensino*, como demonstra a tabela 11, constata-se que a maioria dos alunos consideram *importante que lhes seja ensinado assuntos relacionados com estilos de vida saudável*, no entanto, estes mesmos alunos referem que *não costumam sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais ou outros familiares*. Existem também alguns alunos que alegam *não achar importante que lhes seja ensinado assuntos sobre vida saudável*.

Tabela 11. Relação entre “Costuma sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outros familiares?” e “Acha importante que lhe seja ensinado assuntos relacionados com estilos de vida saudável?”

		Acha importante que lhe seja ensinado assuntos relacionados com estilos de vida saudável?		Total
		Não	Sim	
Costuma sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outros familiares?	Não	29	225	254
	Sim	5	153	158
Total		34	378	412

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,505 ^a	1	0,1%

SPSS → P (Sig) = 0,1%

0,1% < 5% ⇒ Rejeitar H_0 ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que a “necessidade em falar sobre assuntos de saúde” e a “importância que dão ao ensino” são dependentes.

Como também mostra o inquérito, a *relação entre o incentivo para ter bons comportamentos de saúde e o comentário com outros*, é que a maioria dos alunos (338) após receberem a informação sobre estilos de vida saudável comentam o assunto com os pais, outros familiares, amigos, colegas e os pais ou outros educadores incentivam-nos a ter bons comportamentos para terem melhor saúde. Mas também se constata que existem alunos (18) que não comentam a informação recebida e que não são incentivados a ter bons comportamentos para ter melhor saúde. Também há os que não comentam os assuntos mas referem ser incentivados (50 alunos) e os que comentam mas não são incentivados a ter bons comportamentos de saúde (6 alunos).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,068 ^a	1	2,4%

SPSS → P (Sig) = 2,4%

2,4% < 5% ⇒ Rejeitar H_0 ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que o “incentivo para ter bons comportamentos para ter melhor saúde” e o “sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outros familiares” são dependentes.

Na *relação entre os hábitos de vida e a atracção positiva* verifica-se que a maioria dos alunos (249) *já se sentiram atraídos para fazer algo positivo que viram num filme, na televisão, ouviram numa música ou que leram numa revista* e destes alunos, a maior fracção refere que *considera que têm bons hábitos de vida para se manterem saudáveis* (99). Há a considerar também aqueles (53 alunos) que mencionam que não consideram ter bons hábitos de vida e se sentiram atraídos para fazer algo positivo que viram e os que não consideram ter bons hábitos de vida e simultaneamente não se sentiram atraídos para fazer algo positivo (11 alunos).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,503 ^a	1	6,1%

SPSS → P (Sig) = 6,1%

6,1% > 5% ⇒ Aceitar H_0 ⇒ As variáveis são independentes. Não há evidência suficiente para concluir que os “bons hábitos de vida para se manter saudável” tem relação com a “atracção para fazer algo positivo que viram num filme, na televisão, ouviram numa música ou que leram numa revista”.

A tabela 12 mostra a *relação entre o hábito de fumar e a aplicação dos conhecimentos adquiridos*. Como se pode observar a maioria dos alunos referem que aplicam *na vida diária os conhecimentos adquiridos* e que não *costumam fumar cigarros*. Deste grupo há os que afirmam que apesar de aplicarem os conhecimentos adquiridos costumam fumar cigarros (14 alunos).

Existem também alguns alunos que não aplicam os conhecimentos adquiridos e que declaram que não fumam.

Tabela 12. Relação entre "Costuma fumar cigarros?" e "Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?"

		Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?		Total
		Não	Sim	
Costuma fumar cigarros?	Não	33	344	377
	Sim	21	14	35
Total		54	358	412

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	73,380 ^a	1	0,0%

SPSS → P (Sig) = 0,0%

0,0% < 5% ⇒ Rejeitar H₀ ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que o "hábito fumar cigarros" e a "aplicação na vida diária dos conhecimentos adquiridos" são dependentes.

A tabela 13 apresenta a *relação entre o hábito de beber álcool e a aplicação dos conhecimentos adquiridos*. Tal como no gráfico anterior a maioria dos alunos referem que aplicam *na vida diária os conhecimentos adquiridos* e que não *costumam beber bebidas com álcool*. Deste conjunto de alunos há os que confirmam que apesar de aplicarem os conhecimentos adquiridos costumam beber bebidas com álcool (62 alunos). Dos alunos que não aplicam os conhecimentos adquiridos há 29 alunos que declaram que bebem bebidas com álcool.

Tabela 13. Relação entre "Costuma beber bebidas com álcool?" e "Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?"

		Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?		Total
		Não	Sim	
Costuma beber bebidas com álcool?	Não	25	296	321
	Sim	29	62	91
Total		54	358	412

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,754 ^a	1	0,0%

SPSS → P (Sig) = 0,0%

0,0% < 5% ⇒ Rejeitar H₀ ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que o "hábito de beber álcool" e a "aplicação na vida diária dos conhecimentos adquiridos" são dependentes.

A relação entre os hábitos alimentares e a aplicação dos conhecimentos adquiridos, como indica a tabela 14, é que a maioria dos alunos referem que aplicam na vida diária os conhecimentos adquiridos, mas destes, também a maioria (223 alunos) mencionam que costumam comer alimentos pouco saudáveis. Dos alunos que expressam a não aplicação dos conhecimentos adquiridos, a maior fracção (45 alunos) também referem que comem alimentos pouco saudáveis.

Tabela 14. Relação entre "Costuma comer alimentos pouco saudáveis (batatas fritas, guloseimas, refrigerantes, etc.)?" e "Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?"

		Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos?		Total
		Não	Sim	
Costuma comer alimentos pouco saudáveis (batatas fritas, guloseimas, refrigerantes, etc.)?	Não	9	135	144
	Sim	45	223	268
Total		54	358	412

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,296 ^a	1	0,2%

SPSS → P (Sig) = 0,2%

0,2% < 5% ⇒ Rejeitar H_0 ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que os “hábitos alimentares” e a “aplicação na vida diária dos conhecimentos adquiridos” são dependentes.

Quanto à *relação entre a preocupação com o meio ambiente e a aplicação dos conhecimentos adquiridos*, constata-se que a maioria dos alunos, tal como nas três últimas tabelas anteriores, referem que aplicam *na vida diária os conhecimentos adquiridos*. Verifica-se que a maioria dos alunos (326 alunos) afirmam que *na vida diária se preocupam em ter atitudes que beneficiam o meio ambiente*. Deste conjunto de alunos há os que exprimem que apesar de aplicarem os conhecimentos adquiridos não se preocupam com o meio ambiente (32 alunos). Existem também alguns alunos que não aplicam os conhecimentos adquiridos e que afirmam uns não se preocupar (25 alunos) e outros preocuparem-se (29 alunos) com o meio ambiente.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	54,316 ^a	1	0,0%

SPSS → P (Sig) = 0,0%

0,0% < 5% ⇒ Rejeitar H_0 ⇒ As variáveis são dependentes. Há evidência suficiente num nível de 5% de significância para concluir que a “preocupação com o meio ambiente” e a “aplicação na vida diária dos conhecimentos adquiridos” são dependentes.

PARTE II

3.24. ANÁLISE QUALITATIVA DOS INQUÉRITOS POR ENTREVISTA ATRAVÉS DA TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

As entrevistas realizadas incidiram sobre três grupos de pessoas directamente relacionadas com a educação para a saúde no Agrupamento Escolar Serra da Gardunha: os Pais dos alunos, agentes directos na instrução dos filhos, os Professores que nesta escola integram directamente os projectos de educação para a saúde e os Profissionais de Saúde que interagem com os alunos e são parceiros nestes projectos.

Pretende-se tornar mais objectiva a leitura das entrevistas, organizando os dados num quadro que dê sentido aos objectivos, no sentido de explorar a perspectiva dos intervenientes relativamente à educação para a saúde. Concorda-se que *“a análise de conteúdo é a técnica privilegiada para tratar neste caso o material recolhido. Ela poderá mostrar, por exemplo, a importância relativa atribuída pelos sujeitos a temas como a vida familiar, (...), a vida profissional, (...), etc.”* (Vala, 1986:105).

Em seguida explicita-se mais detalhadamente o percurso metodológico seguido. Houve necessidade, logo à partida, de converter para a palavra escrita o que estava dito em discurso oral num gravador e proceder à ordenação e organização de todo o material colhido, atribuindo a cada instrumento de recolha de dados um código que denominou número de ordem.

Avançou-se para a *“leitura flutuante”* (Bardin, 1995:96) de todas as entrevistas, o que permitiu estabelecer um contacto mais preciso com o conteúdo de cada documento e conhecer o texto de uma forma mais abrangente: era uma impressão mais detalhada para posterior orientação.

A leitura sincrética e prolongada fez com que se avaliassem as possibilidades de análise face aos objectivos da pesquisa e se apreendesse o sentido dos dados (Rodrigues, 1999).

Procedeu-se de seguida ao recorte dos enunciados, o que possibilitou a emergência das unidades de registo ou análise. Uma unidade de registo *“é o mais pequeno fragmento de texto que tivesse sentido autónomo (para o nosso objectivo). Isto é, que tivesse sentido para os objectivos da investigação e não perdesse sentido quando descontextualizado”* (Rodrigues, 1999). Tratou-se de dividir os dados recolhidos em unidades relevantes e significativas visando a

categorização e a contagem frequencial. Tudo se realizou com o intuito de proporcionar uma melhor organização da informação, pois para se continuar o processo de análise era imprescindível agrupar os dados.

As dimensões encontradas surgiram da fase exploratória e dos pressupostos evidenciados no enquadramento teórico e as categorias foram despontando da própria análise, pelo que se considera que se elaborou uma construção *à priori* e *à posteriori*.

Passou-se ao sistema de categorização que *“é uma operação de classificações de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”* (Bardin, 1995:117).

As categorias obedeciam às qualidades que Bardin (1995) refere para ser uma boa categoria: *exaustivas* (todo o conteúdo que se tomou a decisão de classificar deve ser integralmente incluído nas categorias consideradas), *exclusivas* (os mesmos elementos devem pertencer a uma e não a várias categorias), *objectivas* (as características de cada categoria devem ser explicitadas sem ambiguidade e de forma clara), *pertinentes* (devem manter estreita relação com os objectivos e com o conteúdo que está a ser classificado).

A análise categorial *“consiste em calcular e comparar as frequências de certas características previamente agrupadas em categorias significativas... quanto mais frequentemente citada quanto mais importante é para o locutor”* (Quivy e Campenhoudt, 1998:228).

Passou-se à fase interpretativa e transformaram-se as unidades de registo, ou seja, *“passámos dos constructos dos sujeitos, geralmente em linguagem comum, aos constructos teoricamente informados de analista/investigadora”* (Rodrigues, 1999:384).

Todo este processo foi complexo e demorou algum tempo até que as unidades de registo estivessem todas devidamente colocadas por categorias.

Após todo este complexo trabalho, elaboraram-se as grelhas de análise com as dimensões e categorias. Colocou-se um exemplo de unidade de registo para melhor compreensão. A apresentação das dimensões e categorias encontram-se em grelhas de análise construídas e sustentadas com base em alguns autores (Bardin, 1995 e Moreira, 1996), assim como a distribuição da

sua frequência por unidades de registo seleccionadas e unidades de enumeração.

As unidades de registo são frases relatadas pelos entrevistados, às quais se atribuiu um determinado significado e as unidades de enumeração correspondem ao número de sujeitos responsáveis pelas unidades de registo.

Finalizado todo este processo em que se foram sintetizando os dados e após a contagem frequencial, passou-se à análise e interpretação.

A fase interpretativa deve apoiar-se em todo o trabalho precedente. É uma fase inferencial, mas que *“é relativamente controlada pelo facto de se fazer no interior do sistema de categorias criado”* (Rodrigues, 1999:384).

Da dissecação anteriormente realizada acabou por se fazer um todo, orientado para novos sentidos, aqueles que procuramos nos nossos objectivos anteriormente escondidos ou latentes (Rodrigues, 1999).

Explicado o percurso efectuado para a análise e interpretação dos dados obtidos através das entrevistas, refere-se que esta segunda parte se divide em três momentos: A - Entrevistas aos Pais dos Alunos; B - Entrevistas aos Professores; C - Entrevistas aos Profissionais de Saúde.

Antes de iniciar a apresentação e a análise dos resultados achou-se conveniente para melhor entendimento explicar que:

- As unidades de registo (UR) são frases ditas pelos entrevistados, às quais atribuiu um determinado significado e as unidades de enumeração (UE) estão associadas ao número de sujeitos responsáveis pelas unidades de registo correspondentes.

- Em cada quadro, aparecem nas duas últimas colunas da direita abreviaturas que significam o seguinte:

Freq. Abs. UR – Frequência absoluta das unidades de registo de uma determinada categoria.

Freq. Abs. UE – Frequência absoluta das unidades de enumeração de uma determinada categoria.

Para melhor compreensão colocaram-se também unidades de registo exemplificativas.

As duas letras seguidas de um algarismo (número de ordem), no final de cada transcrição das unidades de registo, servem para identificar a entrevista. Assim, o significado é o seguinte: PA – Pais dos Alunos; PE – Professor da

Escola; PS – Profissional de Saúde. E o número corresponde à ordem da entrevista nº 1, nº 2, etc.

3.24.A. Entrevistas aos Pais dos Alunos

Este grupo é constituído por onze entrevistas.

O perfil sócio-demográfico dos onze entrevistados é o seguinte: onze são do género feminino, seis têm idades compreendidas entre os 35 e os 40 anos, quatro entre os 41 e os 46 anos e um entre os 47 e os 52 anos. As habilitações literárias dos pais dos alunos são: quatro com uma licenciatura, quatro com o 12º ano, dois possuem o 9º ano e um o 1º ciclo. No momento do estudo os filhos são auxiliados sete pela mãe, três por ninguém e um pela irmã.

Quadro 2 – Grelha de Análise das Entrevistas aos Pais dos Alunos

Dimensões	Categorias	Unidades de Registo Exemplificativas	Fre. Abs. UR	Fre. Abs. UE
Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática	Pais Identificadores de Necessidades	<p>“<i>Discutimos e analisamos vários temas</i>” (PA5) <i>“...falamos de alimentação, cuidados de higiene...”</i> (PA6) <i>“Estou atenta àquilo que precisam...”</i> (PA7) <i>“Analiso com os meus filhos os temas quando surgem...”</i> (PA11) <i>“... a toxicodependência e os riscos da sexualidade devem ser falados...”</i> (PA6)</p>	54	6
	Desempenho e Aprendizagem dos Pais em Matérias de Saúde	<p>“<i>Preocupo-me com as minhas atitudes para dar o exemplo...</i>” (PA1) <i>“Sinto necessidade em falar sobre assuntos de saúde com o meu filho...”</i> (PA5) <i>“... gosto de lhes dar a minha opinião sobre assuntos de saúde...”</i> (PA3) <i>“Tenho bons hábitos que procuro transmitir.”</i> (PA8)</p>	68	7
	Pais que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis	<p>“<i>Incentivo sempre o meu filho para que tenha bons comportamentos de saúde.</i>” (PA9) <i>“...incentivo à prática de desporto...”</i> (PA3) <i>“...sempre que possível incentivo...”</i> (PA4) <i>“...motivo-os a viverem com saúde e bem.”</i> (PA5)</p>	45	8
	Importância que os Pais dão à Educação para a Saúde	<p>“<i>É de crucial importância educarmos os nossos filhos sobre hábitos saudáveis de vida.</i>” (PA1) <i>“...é mais do que uma atitude, é uma orientação reflectida...”</i> (PA10)</p>	30	11

		<p>“Sem ela existe um desequilíbrio bio-psico-social.” (PA7)</p> <p>“...para que eles possam entender que o tema da saúde não é uma brincadeira...” (PA8)</p> <p>“...é através da educação que preparamos o futuro...” (PA3)</p>		
Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida	Perspectiva que os Pais têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Filhos	<p>“Têm uma má influência na saúde da família.” (PA7)</p> <p>“Tem alguma influência, principalmente quando é para comportamentos errados.” (PA9)</p> <p>“Às vezes algumas coisas não deviam de dar...” (PA2)</p> <p>“...trazem por vezes pouca educação.” (PA6)</p> <p>“...leva, em especial às crianças ao consumismo nem sempre saudável.” (PA3)</p> <p>“ Não aceitar tudo o que se ouve e vê...” (PA5)</p>	38	11
	Tipos de Interferências nas Opções de Vida	<p>“A publicidade enganadora que não facilita a vida dos pais.” (PA5)</p> <p>“...o facilitismo por parte de alguns estabelecimentos públicos...” (PA11)</p> <p>“... a ausência dos pais cada vez maior no dia a dia...” (PA11)</p> <p>“ A família...” (PA2)</p> <p>“...interferências financeiras, temos que ver o dinheiro que há para optar... pelos que nos rodeiam...” (PA7)</p> <p>“As rotinas diárias...” (PA10)</p>	62	11

Observando o Quadro 2 verifica-se que, quanto à dimensão

... Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática

Esta dimensão é dividida por quatro categorias:

- Pais Identificadores de Necessidades.
- Desempenho e Aprendizagem dos Pais em Matérias de Saúde.
- Pais que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis.
- Importância que os Pais dão à Educação para a Saúde.

A primeira categoria, “Pais Identificadores de Necessidades” mostra que cinco pais dos alunos não se preocupam em conhecer as necessidades em educação para a saúde dos seus filhos e os seis pais dos alunos que se interessam referem: “...sempre que eles perguntam e querem falar...” (PA2); “...às vezes, quando eles solicitam” (PA3); “...quando se proporciona, mas o tempo é pouco...” (PA4). Constatou-se que os pais dos alunos mencionam algumas vezes a falta de tempo para discutirem e analisarem temáticas de

saúde com os seus filhos e que estas conversas sobre saúde surgem apenas quando os filhos o solicitam ou quando “... *surgem ocasionalmente...*” (PA11).

Os seis pais dos alunos que aludem à discussão de temas de saúde com os filhos, apontam como temas mais frequentes “...*alimentação, namoros e temas da actualidade como a SIDA e a droga*” (PA1); “...*drogas e higiene*” (PA3); “...*puberdade e estilos de vida nocivos*” (PA5).

Para melhor se conhecerem os assuntos que os pais dos alunos referem que abordam com os filhos, criou-se um quadro onde se colocam os temas e a frequência dos pais que os citam.

Quadro 3 – Frequência dos Temas Abordados pelos Pais

Temas	Frequência
Alimentação	6
Droga	5
Higiene	5
SIDA	3
Namoros	2
Sexualidade	2
Tabagismo	2
Alcoolismo	2
Hepatite B	1
Acidentes	1
Puberdade	1
Hábitos de vida nocivos	1
Sedentarismo	1
Civismo	1

Analisando o Quadro 3 constata-se que a alimentação foi o tema mais referido, seguindo-se a droga e a higiene. Os pais apontam estes temas como prioritários para os filhos manifestarem melhor saúde e “...*porque são temas para os quais estamos mais despertos*” (PA11). As temáticas com menor frequência foram citadas pontualmente por um ou outro progenitor.

Os onze pais entrevistados são unânimes em afirmar que é muito importante que sejam ensinados aos filhos assuntos relacionados com estilos

de vida saudáveis e todos reconhecem a importância da escola neste sentido. Um entrevistado referiu: “...é sempre útil o que ensinam na Escola...” (PA10).

Quanto aos temas que os pais pensam ser os mais importantes e que devem ser abordados na Escola para a formação dos filhos, apresentam-se no quadro seguinte.

Quadro 4 – Frequência dos Temas que os Pais Achrom Importante Abordar na Escola

Temas	Frequência
Alimentação	9
Tabagismo	7
Drogas	6
Cidadania	6
Alcoolismo	6
Sexualidade	4
Prevenção de doenças	3
Higiene	2
Desporto	2
Prevenção de acidentes	2
Vigilância da saúde	2
Stress	1
Poluição	1
Obesidade/Anorexia	1

Observando o Quadro 4 constata-se que a alimentação foi o tema mais solicitado pelos pais e como já se referiu anteriormente, também este tema é o mais falado com os filhos. Em lugar de destaque aparece também o tabagismo e na terceira posição as drogas, a cidadania e o alcoolismo. A sexualidade foi também apontada por quatro pais. Os pais indicam estes temas porque “...a sociedade expõe os nossos filhos a muitos perigos” (PA11) e para “...que os ajudem...” (PA5).

A categoria “Desempenho e Aprendizagem dos Pais em Matérias de Saúde” apresenta sete pais preocupados com a educação em saúde dos filhos. Na questão formulada sobre a necessidade em falar sobre assuntos de saúde ou estilos de vida com os filhos, quatro pais de alunos afirmam que não sentem

essa necessidade. Eis um exemplo: *“Algumas vezes, só quando me fazem perguntas. Eu raramente tenho iniciativa”* (PA2).

Sete pais dos alunos consideram que têm bons hábitos de vida para se manterem saudáveis a eles e aos filhos. Referem que fazem todos os possíveis para promover a sua saúde e a dos filhos e procuram o essencial através de medidas tomadas na alimentação e higiene. Sete pais referem que diligenciam também em dar bons exemplos aos filhos através das suas acções: *“...não fumo...”* (PA10); *“...não deito lixo para o chão...”* (PA6); *“...apago as luzes quando saio de um compartimento da casa”* (PA3).

Na vida diária sete pais indicam que se preocupam em ter atitudes que beneficiam o meio ambiente e que transmitem aos filhos esses modos de lidar com o ambiente. À pergunta sobre quais são as atitudes que praticam para beneficiar o meio ambiente, sete entrevistados responderam: separação dos resíduos domésticos para posterior reciclagem e poupar energia – água e electricidade. Quatro pais acrescentaram para além destas medidas, o facto de estarem atentos às embalagens e comprarem apenas produtos embalados em material reciclado e evitarem produtos que poluam o ambiente, tais como os embalados sobre pressão e andarem o mais possível a pé.

Para um bom desempenho e desenvolvimento da educação para a saúde, sete pais referem que têm interesse em aprender mais sobre assuntos relacionados com a saúde para poderem ser mais saudáveis e simultaneamente aconselharem melhor os filhos ou outras pessoas. Menciona uma: *“Estou sempre aberta a mais informação”* (PA4). Outra cita: *“Procuro manter-me actualizada”* (PA6).

Quanto ao costume em vigiar os hábitos dos filhos, quatro entrevistados declaram que não têm essa prática. Um pai referiu: *“Não, porque os conheço bem e sei quais os hábitos que têm”* (PA5). Os outros sete pais mencionam que vigiam e *“...por vezes é necessário lembrá-los de que por exemplo têm que lavar os dentes, não devem comer certos alimentos...”* (PA6).

A categoria *“Pais que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis”* mostra que oito pais dos alunos referem que os incentivam a condutas de vida preferíveis para atingirem plena saúde. Dos onze entrevistados, apenas dois afirmaram que os filhos não comem alimentos pouco saudáveis (gorduras, guloseimas, refrigerantes, etc.). Os nove pais que mencionam que os filhos comem

alimentos pouco saudáveis, citam como exemplo: chocolates, batatas fritas, gomas, bebidas com gás e açucaradas e bolos com cremes. *“É necessário estarem em alerta permanente para não caírem em exageros, pois os ataques que lhes são feitos diariamente são constantes e muito tentadores”* (PA11).

Apresenta-se uma síntese dos incentivos mencionados pelos oito pais: estimulam os filhos a praticar desporto, a alimentarem-se saudavelmente: *“...não comer nem muitos doces, nem muitos salgados, alimentar-se várias vezes ao dia e em poucas quantidades e evitar as bebidas gasosas”* (PA2). Incentivam a higiene geral e oral, a não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas ou substâncias nocivas à saúde. Estimulam ainda a vida ao ar livre e o contacto com a natureza, a dormirem as horas devidas, a verem na televisão programas com temas interessantes para a saúde, a brincar quando é possível, a respeitar e a saber ouvir os outros, não permanecer demasiado tempo em locais fechados como bares e discotecas.

Na categoria *“Importância que os Pais dão à Educação para a Saúde”* os entrevistados foram unânimes nas opiniões. Todos os pais dos alunos admitem que a educação para a saúde é essencial, indispensável e que deve ser uma preocupação de todos. *“É de crucial importância educar os nossos filhos sobre hábitos de vida saudáveis. Deve ter-se essa preocupação logo que a criança nasça, para que a palavra educação não nos saia da nossa vida e seja um vício... temos que lhes ensinar a serem saudáveis, mesmo que o tema seja repetitivo... a assimilação seja feita de uma forma mais forte”* (PA1). Outro pai referiu: *“Sem a educação para a saúde existe um desequilíbrio bio-psico-social”* (PA7). Ainda outro declarou: *“A educação para a saúde é mais do que uma atitude, é uma orientação reflectida da acção e procura desenvolver a responsabilidade e capacidades face à saúde”* (PA10).

Todos os pais declaram que só se aprende a ser saudável com a educação sobre o tema.

Os pais dos alunos referem o papel da Escola nesta área, afirmando que é tão importante, que por vezes delegam nos professores a tarefa de ensinar tudo aos filhos, até os comportamentos que devem adquirir para serem saudáveis. Concordam no entanto, que a educação para a saúde e aqui surge a conciliação de ideias entre os entrevistados, deve ser realizada por todos os

intervenientes na educação das crianças e jovens, com a participação particular dos pais – aquela que deveria ser a mais marcante.

... Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida

Esta dimensão é dividida em duas categorias:

- Perspectiva que os Pais têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Filhos.
- Tipos de Interferências nas Opções de Vida.

A categoria *“Perspectiva que os Pais têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Filhos”* aponta que os pais dos alunos têm a convicção de que estes actuam na conduta e atitudes dos filhos que, por sua vez, culminam nos seus estilos de vida e na maneira de actuar em sociedade.

Os pais dos alunos exteriorizam a sua preocupação: *“Acredito que os meios de comunicação social, sobretudo a televisão e o rádio possuem poder para disseminar as mensagens e comportamentos”* (PA4); *“... às vezes dizem coisas que não devem e que até são prejudiciais para a saúde da família”* (PA8); *“Nos dias de hoje os meios de comunicação invadem de tal maneira a família que se torna inevitavelmente impossível não ser influenciado”* (PA10); *“...existe muita informação mas por vezes pouca educação”* (PA6).

Outra consideração que figurou nas entrevistas diz respeito ao poder educativo que a comunicação social pode ter. Nove pais aludiram ao facto dos canais de televisão, rádio, revistas e jornais poderem ser usados como recurso educativo para os jovens. Os pais expõem: *“Também alertam para diversos temas de saúde, embora também por vezes exista exagero ou alarmismo em alguma informação”* (PA6); *“São tão convincentes que todos acreditamos que é mesmo verdade, têm um poder persuasivo e porque não utilizar este poder para influenciar positivamente os jovens?”* (PA9).

Na categoria *“Tipos de Interferências nas Opções de Vida”* os onze pais dos alunos destacam a publicidade como a principal interferência, não só na vida dos filhos, mas também nas escolhas que eles, pais, têm que fazer. Eis um exemplo citado por um pai: *“Haver muita informação de todos os lados, é na televisão, é nos supermercados, aqueles cartazes todos, tanta publicidade”*

(PA8); *“A publicidade demasiado aliciante leva a que nem sempre seja fácil o controlo por parte dos pais em relação ao que os seus filhos consomem”* (PA11).

A família e a televisão fazem também parte da lista citada pelos onze pais como incentivadores nas escolhas dos filhos: *“A família é importante nas opções de vida. A maneira como interagem, educam e os fazem reflectir sobre assuntos sérios”* (PA2); *“A televisão contribui e muito para as opções de vida a todos os níveis: alimentação, higiene, lazer, divertimentos, etc.”* (PA5).

Os amigos e a Escola também são relatados por nove pais como referências que os filhos seguem. Os factores sociais e culturais são referidos: *“Somos influenciados por todos que nos rodeiam”* (PA7); *“Quer queiramos, quer não, a sociedade pensa por nós e nós lá vamos atrás uns dos outros”* (PA3).

Há ainda três pais que mencionam as interferências financeiras nas opções que têm que fazer: *“Temos que ver o dinheiro que há, para optar e às vezes temos que ir para os produtos mais baratos e esses não são biológicos”* (PA7).

Efectuada a análise das entrevistas aos pais dos alunos conclui-se que:

- Nas categorias, a frequência absoluta de unidades de enumeração é variável porque não se obteve dos onze entrevistados respostas que se pudessem incluir em todas elas. Tal como aconteceu também na frequência absoluta de unidades de registo onde se obtiveram diversos valores, de acordo com o resultado das entrevistas.

- No que diz respeito à dimensão **“Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática”**, a categoria que mais unidades de registo obteve foi o *“Desempenho e Aprendizagem dos Pais em Matérias de Saúde”* com sessenta e oito unidades de registo, seguida da categoria *“Pais Identificadores de Necessidades”* com cinquenta e quatro unidades de registo. Os *“Pais que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis”* apresentou quarenta e

cinco unidades de registo e a *“Importância que os Pais dão à Educação para a Saúde”* trinta unidades de registo.

Nesta análise constata-se que os pais dos alunos concedem grande importância à educação para a saúde, apesar de nem todos se preocuparem em conhecer as necessidades em educação para a saúde dos seus filhos. A falta de tempo e a transferência de responsabilidades para a Escola são as causas apontadas.

Os pais que referem debater assuntos de saúde com os filhos explicam que analisam principalmente temáticas como a alimentação, as drogas e a higiene porque são temas para os quais se encontram mais despertos.

Reflectem na proficuidade dos ensinamentos e são unânimes quanto à importância destes, porque sabem que os filhos estão num processo de aprendizagem e mais facilmente aderem a estilos de vida saudáveis. Referem também como a Escola é fundamental neste processo. Os temas que indicaram como importantes para a formação dos filhos são variados, mas citaram assuntos principais como alimentação, tabagismo, drogas, cidadania, alcoolismo, sexualidade, entre outros, já citados anteriormente.

Analisando e comparando os temas que os pais referem abordar com os filhos e aqueles que apontaram como importantes para a formação dos filhos, depreende-se que todos os pais sem excepção indicaram temáticas e conteúdos mais diversificados do que aqueles que analisam com os filhos. Declaram as vantagens e admitem que é de grandiosa importância que seja ensinado aos filhos conteúdos relacionados com costumes e condutas de vida saudáveis, até porque, refere um pai: *“O fruto proibido e que até faz mal à saúde é o mais apetecido”* (PA3).

Quatro pais afirmam não sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde ou estilos de vida com os filhos e sete pais asseguram que:

- Têm bons hábitos de vida para se manterem saudáveis a eles e aos filhos.

- Preocupam-se em ter atitudes que beneficiam o meio ambiente, principalmente reciclagem de resíduos domésticos e poupança de energia.

- Incentivam os filhos a ter bons comportamentos para terem melhor saúde, através da prática de desporto, alimentação saudável, higiene adequada, etc. e também com os seus exemplos. Referem que os pais são o

primeiro modelo dos filhos, educando-os através do seu comportamento e atitudes e reforçam que esta tarefa exige dos pais preparação adequada e contínua, de modo a capacitá-los para o diálogo, em clima de simplicidade e abertura à comunicação, que permita esclarecimento e orientação dos filhos: “...procuro manter-me actualizada” (PA6); “...estou bem informada para estes assuntos” (PA10).

- Têm interesse em aprender mais sobre assuntos relacionados com a saúde para poderem ser mais saudáveis e simultaneamente aconselharem melhor os filhos.

Nove pais afirmam que os filhos comem alimentos pouco saudáveis e quatro pais não têm por costume vigiar os hábitos dos filhos.

Referem que a educação para a saúde é fundamental, pois permite dar às crianças e jovens os conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde, bem-estar físico, social e mental: “A educação é importante para que nós pais possamos falar com os filhos de uma forma correcta, clara e simples para que eles possam entender que o tema da saúde não é uma brincadeira, tem que ser levado a sério para que no futuro sejam seres saudáveis” (PA8); “Através dos ensinamentos, são proporcionados conhecimentos e competências aos jovens para que possam agir e decidir em conformidade com as informações adquiridas” (PA10).

• A dimensão **”Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida”** definiu as seguintes unidades de registo nas categorias: “Tipos de Interferências nas Opções de Vida” sessenta e duas unidades de registo; “Perspectiva que os Pais têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Filhos” trinta e oito unidades de registo.

Quanto aos tipos de interferências externas que existem nas opções que os pais e os jovens têm que fazer na sua vida para terem melhor saúde, a publicidade surgiu sempre em primeiro lugar nas entrevistas: “O principal problema é talvez a publicidade enganadora que não facilita a vida dos pais em relação aos filhos na escolha de um melhor estilo de vida” (PA1); “A publicidade demasiado aliciante” (PA11).

A família é encarada pelos pais como uma interferência poderosa nos filhos: *“A família é importante”* (PA2). Referem a família como a responsável pela educação das crianças e dos jovens e privilegiam o lar onde, de forma vivencial e com o esforço de todos os seus membros, se estabelecem relações interpessoais: *“Os pais têm o direito e o dever de educar os filhos, inclusive no referente a matérias ligadas à saúde”* (PA1). Essa responsabilidade, inalienável e insubstituível, envolve o período da vida dos filhos desde o nascimento à idade adulta: *“Deve ter-se esta preocupação logo que a criança nasça...”* (PA1).

A televisão: *“Aquilo que estão sempre a ver na televisão e nos filmes”* (PA2), os amigos e a Escola, são também outros dos elementos que os pais indicam como relevantes tanto no processo de educação para a saúde, como no processo de socialização. *“A Escola fornece experiências e quadros de referência que prolongam e completam a educação familiar”* (PA10).

Sabem que a cooperação da família com a Escola potencia a aprendizagem dos filhos e promove um desenvolvimento mais adequado, mas mesmo assim, alguns referem que transferem essa responsabilidade – a educação para a saúde – para a Escola porque nesta, os intervenientes estão mais preparados.

Um pai referiu: *“Temos que optar pelo que achamos ser mais saudável, ter em conta as normas europeias, o ambiente, mas na verdade o que influencia mesmo é aquilo que vêm nos amigos, na Escola, na televisão”* (PA3); *“Às vezes ainda me deixo tentar”* (PA11). Os amigos, o meio onde vivem e os locais de lazer que frequentam são factores causais de comportamentos nas crianças e jovens e podem ser um modelo a seguir com mais impacto do que a família.

Outro ainda alvitrou a respeito dos tipos de interferências nas opções de vida: *“As rotinas diárias criam por vezes algum mal-estar, seria bom termos mais tempo para a vida em família, sem stress e depois como não há tempo, opta-se pelo mais rápido e mais fácil como por exemplo comida pré-feita”* (PA10).

Há ainda três pais que citam como interferência nas opções de vida, os factores financeiros. Referem que têm por obrigatoriedade, por falta de

dinheiro, de escolher por exemplo alimentos que sabem de menor qualidade ou não comprar protectores solares.

Quanto à influência dos meios de comunicação social na saúde da família, a opinião dos entrevistados é consensual: todos afirmam que a comunicação social influencia a saúde dos jovens e da família, sobretudo a televisão. *“Os jovens e todas as pessoas são bombardeados diariamente, até pelos telejornais que só falam em violência, crimes, etc.”* (PA10). Os pais conhecem o poder que esta tem na aquisição de comportamentos e atitudes: *“Às vezes alguns não deviam de dar, porque o que mostram só faz mal à saúde e à carteira”* (PA 2).

Referem as pressões no desenvolvimento de valores e na formação do comportamento da criança e do jovem que a televisão causa. Reconhecem que a educação para a saúde de uma maneira geral é efectuada, mas não surte os efeitos desejados porque *“As pressões externas são muito fortes e as crianças e jovens não têm força suficiente para se controlarem e a motivação também não é muita e logo piora tudo”* (PA9).

Os pais reconhecem que temos todos culpa pela falta de vontade de mudar comportamentos de verdade. Os dirigentes políticos deveriam responsabilizar-se mais por esta área: *“Também se calhar não interessa muito porque há muitos interesses comerciais e outros por detrás de tudo isto. É complicado mas isto tem que mudar. As estatísticas de morbilidade por diabetes, doenças cardiovasculares, etc. são assustadoras. Deveria haver mais controlo da publicidade e mais incentivos ao exercício físico e vida saudável”* (PA9).

Por outra perspectiva, todos os entrevistados têm também a opinião que a comunicação social pode servir na difusão de conselhos benéficos e esse seria o formato edificativo de tornar o seu grande potencial educativo num auxílio para todos: *“Também alertam para diversos temas de saúde”* (PA 6).

Os pais reflectem sobre o assunto e reconhecem que por vezes não se constata esse papel educativo por motivos económicos. Daí, o aludirem à responsabilização dos governantes na educação para a saúde. É muito importante informar, esclarecer para que as pessoas saibam como proceder: *“infelizmente verifica-se que uns ensinam por um lado e outros estragam por outro, que é o caso da publicidade, da venda de bebidas alcoólicas e tabaco,*

que está legislado, mas os jovens compram tudo e mais alguma coisa e os vendedores vendem, porque é preciso é facturar” (PA10).

Todos os pais dos alunos atribuem à educação para a saúde e sua efectivação na prática muita importância: *“É através do cuidado que temos e damos à educação que preparamos o futuro, logo um mundo mais saudável” (PA3).*

3.24.B. Entrevistas aos Professores da Escola

Este grupo é constituído por cinco entrevistas a professores. Três licenciados em Biologia e dois licenciados em Geologia, todos do género feminino, com nomeação definitiva ao quadro de Escola e com formação pedagógica em educação para a saúde.

Quadro 5 – Grelha de Análise das Entrevistas aos Professores da Escola

Dimensões	Categorias	Unidades de Registo Exemplificativas	Fre. Abs. UR	Fre. Abs. UE
Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde	Conhecimentos Pedagógico-Metodológicos dos Professores da Escola	<p>“Costumamos realizar estas sessões ao longo do ano lectivo...” (PE3)</p> <p>“Temos a presença de enfermeiros, médicos e nutricionistas...” (PE5)</p> <p>“Abordam-se temáticas como a higiene, as drogas, o álcool, a alimentação e métodos contraceptivos.” (PE4)</p> <p>“É a escola que na maioria das vezes solicita os temas...” (PE2)</p> <p>“Inserimo-los nos conteúdos programáticos das disciplinas...” (PE1)</p> <p>“Temos um plano anual de actividades para a educação para a saúde.” (PE5)</p>	35	5
	Participação na Avaliação do Aluno	<p>“Fazemos a avaliação de conhecimentos sempre...” (PE2)</p> <p>“Não podia ser de outra forma...a avaliação tem que ser feita...” (PE1)</p> <p>“Utilizamos diversas metodologias para avaliar...” (PE5)</p> <p>“Nunca nos lembramos de fazer a avaliação com os outros profissionais que cá vêm” (PE2)</p> <p>“Utilizamos fichas avaliativas, debates, trabalhos escritos...” (PE3)</p>	15	5
Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática	Professores Identificadores de Necessidades	<p>“É elaborado um levantamento das necessidades” (PE1)</p> <p>“Os temas estão de acordo com as necessidades que sentimos nos alunos” (PE2)</p> <p>“Para detectar as necessidades recorreremos à observação directa e sobretudo a questionários” (PE2)</p>	10	5
	Desempenho e Aprendizagem dos Professores da Escola em Matérias de Saúde	<p>“Os responsáveis da escola preocupam-se em promover a saúde na escola...” (PE1)</p> <p>“Não se permitem alimentos não saudáveis no bar...” (PE3)</p> <p>“Fazemos parcerias com o Centro de Saúde...” (PE1)</p> <p>“Empenhamo-nos nos programas de promoção da saúde.” (PE5)</p> <p>“Fazemos também muita formação para estarmos preparados...” (PE4)</p>	27	5

	Professores que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis	<p>“Incentivo sempre os alunos a terem bons comportamentos para melhorar a saúde.” (PE2)</p> <p>“Incentivo, informando-os...” (PE1)</p> <p>“Procuro que todos os alunos participem nos projectos...” (PE4)</p> <p>“Sensibilizamos os alunos para a cidadania” (PE2)</p>	19	5
	Mobilização e Gestão de Saberes dos Alunos na Perspectiva de Melhoria da Saúde que os Professores da Escola Percepcionam	<p>“Os resultados poderão melhorar bastante mais...” (PE1)</p> <p>“Na avaliação teórica os resultados são satisfatórios, o pior é na prática” (PE3)</p> <p>“A alimentação é o pior...” (PE5)</p> <p>“A educação para a saúde faz-lhes bem... mas ainda não chega...” (PE4)</p> <p>“Poucos estão motivados...” (PE2)</p>	13	0
	Importância que os Professores da Escola dão à Educação para a Saúde	<p>“...fundamental nas escolas...” (PE1)</p> <p>“É muito importante nestas faixas etárias...” (PE3)</p> <p>“...é através dela que os alunos ouvem a informação necessária...” (PE5)</p> <p>“Muito importante para aquisição de bons hábitos de vida...” (PE4)</p> <p>“A boa informação vem destas sessões...” (PE1)</p>	16	5
Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida	Perspectiva que os Professores da Escola têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Alunos	<p>“Tem muita influência...” (PE5)</p> <p>“São fundamentais, mas têm que ser acompanhados pelos familiares...” (PE1)</p> <p>“...alguns programas alertam para estes problemas...” (PE2)</p> <p>“...influenciam muito os jovens que se encontram nesta faixa etária...” (PE3)</p> <p>“Influencia e muito...basta olhar para a alimentação...” (PE4)</p> <p>“Os modelos com corpos fabulosos...” (PE5)</p>	17	5
	Tipos de Interferências nas Opções de Vida	<p>“A família é a maior interferência.” (PE1)</p> <p>“Neste momento é a net e a televisão...” (PE3)</p> <p>“Muita informação que dificulta a tomada de decisões conscientes.” (PE5)</p> <p>“A publicidade também influencia os pais...” (PE1)</p> <p>“...os amigos e a publicidade...” (PE2)</p>	27	5
	Análise que os Professores da Escola fazem sobre a Sociedade e a Saúde Escolar	<p>“...há que investir mais na saúde escolar...” (PE1)</p> <p>“...pouca conversa e mais acção...” (PE2)</p> <p>“Haviam de existir mais projectos, até na sociedade em geral...” (PE3)</p> <p>“A culpa também é nossa que não desmascaramos a publicidade enganosa.” (PE3)</p> <p>“O investimento na saúde escolar não se verifica...” (PE1)</p> <p>“...o que interessa é o que se vê a curto prazo...” (PE1)</p> <p>“...temos todos que contribuir para uma sociedade mais saudável...” (PE4)</p>	17	5

Observando o Quadro 5 verifica-se que, quanto à dimensão

... Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde

Esta dimensão é dividida em duas categorias:

- Conhecimentos Pedagógico-Metodológicos dos Professores da Escola.
- Participação na Avaliação do Aluno.

Quanto aos *“Conhecimentos Pedagógico-Metodológicos dos Professores da Escola”* verificou-se que os cinco professores entrevistados destacaram a prática da educação para a saúde na Escola em que exercem as suas actividades, referindo um professor que *“Costumam realizar-se pelo menos duas a três sessões por ano lectivo”* (PE2) e realçaram a importância das temáticas abordadas por se adequarem à actualidade, *“Alimentação, higiene, drogas, álcool, tabaco...”* (PE3); *“Doenças sexualmente transmissíveis, consumos nocivos...”* (PE1); *“Alimentação saudável, métodos contraceptivos, álcool...”* (PE5).

Na maioria das vezes são três sessões por ano lectivo, uma no início de cada período, para posteriormente se trabalhar o tema ao longo dos meses que se seguem.

Os temas apresentados aos alunos estão sempre em concordância com as necessidades sentidas, segundo os cinco professores entrevistados. *“Não fazia sentido se assim não fosse...”* (PE3).

Todos os professores enumeraram as vantagens da existência de um Plano Anual de Actividades para a educação para a saúde nesta Escola, refere um professor que é *“...um compromisso assumido...”* (PE5); outro ainda menciona *“...que é uma meta que temos mesmo que atingir...é só sair do papel.”* (PE2); *“...não há nada como estar tudo planeado...torna-se mais fácil”* (PE1).

As metodologias são precedidas de uma análise entre os elementos do projecto e as preferidas são as que envolvem o aluno directamente, *“...queremos que o aluno esteja activo e atento, daí a necessidade de o pormos a trabalhar naquilo que gosta... jogos, pinturas, música a contextualizar o tema”* (PE4); *“...não temos dúvidas que com simpatia por aquilo que lhe dá prazer o aluno interioriza mais depressa e melhor o tema”* (PE1).

Os professores referem que são os enfermeiros que mais vezes se deslocam à Escola para realizar a educação para a saúde. Existem outro tipo

de profissionais que esporadicamente aí efectuam sessões de informação, tais como médicos e nutricionistas. Mencionam ainda que os professores abordam os temas de saúde na maioria das vezes, *“Somos nós que estamos cá sempre com os alunos e imperativamente somos nós que mais falamos de saúde com os alunos”* (PE4).

Na categoria *“Participação na Avaliação do Aluno”*, os cinco professores foram unânimes em referir que após as sessões de educação para a saúde avaliam os conhecimentos que os alunos adquiriram. *“Temos que fazer essa avaliação para saber os resultados”* (PE3); *“Temos todo o interesse em captar quais os conhecimentos que adquiriram...”* (PE4); *“Fazemos a avaliação de conhecimentos sempre...”* (PE2).

Referem que as metodologias para efectuar tal avaliação variam e alternam consoante o tipo de sessão. Utilizam a avaliação directa através da oralidade e a avaliação escrita, como refere um professor: *“...com debates e provas orais e nos testes escritos na avaliação trimestral”* (PE1). Usam a apresentação de trabalhos individuais e de grupo, *“...apresentam as temáticas previamente elaboradas por escrito, no formato que desejarem: power point, acetatos, etc.”* (PE3). Outras situações de avaliação remetem os alunos para actividades como por exemplo: teatros, debates moderados por um professor, exposição de cartazes e desenhos. Há ainda outros tipos de avaliação que consistem em *“realizar composições, fichas avaliativas ou questionários...”* (PE2).

Os professores não executam esta avaliação conjuntamente com os profissionais que se deslocam à Escola para colaborar no cumprimento do Plano Anual de Actividades. Não existem actividades ou outra qualquer acção conjunta para avaliarem os conhecimentos adquiridos pelos alunos, *“As actividades de educação para a saúde não são avaliadas em equipa com os outros profissionais de saúde, fazemos a nossa avaliação e também não a comunicamos para o exterior”* (PE5).

Quanto à dimensão:

... Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática

Esta dimensão é dividida por cinco categorias:

-
- Professores Identificadores de Necessidades.
 - Desempenho e Aprendizagem dos Professores da Escola em Matérias de Saúde.
 - Professores que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis.
 - Mobilização e Gestão de Saberes dos Alunos na Perspectiva de Melhoria da Saúde que os Professores da Escola Percepcionam.
 - Importância que os Professores da Escola dão à Educação para a Saúde.

A primeira categoria *“Professores Identificadores de Necessidades”* indica que os professores se interessam pelo planeamento das sessões de educação para a saúde ajustando-as ao levantamento realizado no início do ano lectivo.

Todos mencionam que as temáticas requeridas e trabalhadas com os alunos são resultado de uma intensa pesquisa que a Escola executa para se conhecerem as necessidades reais e vividas, *“É organizado um apuramento das necessidades de formação que os alunos têm”* (PE2); *“Vamos saber na realidade do que é que os alunos precisam...”* (PE4).

A pretensão destes temas está simultaneamente de acordo com os conteúdos programáticos de algumas disciplinas, como por exemplo as Ciências, que se propiciam a trabalhar estas matérias, *“São temáticas que se inserem perfeitamente nos conteúdos programáticos das disciplinas...”* (PE5).

As estratégias utilizadas para detectar as necessidades de formação e/ou informação, segundo o apurado nas cinco entrevistas, são a realização de questionários. Os professores revelam que: *“Fazemos essencialmente questionários aos alunos para detectar carências de informação”* (PE1).

Nesses questionários os alunos são inquiridos sobre as suas preferências de temas e sobretudo auscultado o seu índice de conhecimentos. *“Temos sempre a preocupação em verificar o estado actual de informação dos alunos”* (PE2).

Ainda neste âmbito, um professor referiu que para analisar as necessidades recorrem também à observação directa, ou seja, observam atentamente as características dos alunos e detectam particularidades como condições de higiene, exageros alimentares, hábitos tabágicos, etc. “A

observação é um bom indicador, mostra por vezes mais do que aquilo que eles aparentam saber...” (PE3).

Na categoria “*Desempenho e Aprendizagem dos Professores da Escola em Matérias de Saúde*” verifica-se que os entrevistados estão motivados para este âmbito tão relevante da saúde, que é a auto-responsabilização de todos os cidadãos pelas acções que efectuam para promover a saúde e prevenir estados patológicos.

Os professores demonstram preocupação em promover atitudes saudáveis. Nas entrevistas todos mencionam que os dirigentes da Escola se mantêm atentos e disponíveis para emanar directrizes e orientações específicas, no sentido de colmatar lacunas que prejudiquem a saúde dos alunos, como referiram os professores: “*...não permitindo alimentos não saudáveis no bar e na cantina...*” (PE2); “*... sensibilizando para a separação dos lixos...*” (PE3).

Os professores foram unânimes em mencionar a preocupação existente com a realização de projectos e estabelecimento de parcerias com instituições de saúde. Eis alguns enunciados que permitem reconhecê-lo: “*...fazemos parceria com o Centro de Saúde do Fundão...*” (PE1); “*...temos projectos que educam, no fundo para todos os aspectos, essenciais na cidadania...*” (PE3).

Ainda nesta categoria do desempenho e aprendizagem da educação para a saúde, o interesse que os professores lhe atribuem e a sua efectivação na prática, faz com que estes façam formação contínua em matérias de saúde e que haja a nomeação de uma professora coordenadora que organiza e é responsável por todo este processo. Os professores referem: “*...temos formação... a coordenadora está em constante formação...*” (PE1).

Todos os professores referiram a existência de um programa específico de promoção da saúde, que se intitula: “*Projecto Despertar para o Bem-Estar II*”. Este projecto é uma continuidade do “*Projecto Bem-Estar I*” e integra várias actividades de cariz lúdico-didáctico-educacional no âmbito da saúde e cidadania.

Para um bom desempenho e desenvolvimento da educação para a saúde, os professores reúnem periodicamente com os profissionais de saúde e estão despertos para eventuais reformulações que tenham que ser efectuadas, tal como mudança de temas ou acertos em algumas actividades. Um professor

refere: “...às vezes há necessidade de nos reunirmos porque a actividade proposta tem que ser alterada por motivos de vária ordem, como por exemplo, alteração do grupo de alunos ou objectivos inadequados para aquele grupo específico, etc.” (PE5).

A categoria “*Professores que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis*” mostra que os cinco professores entrevistados incentivam os alunos a terem comportamentos favoráveis à saúde, através das sessões de educação para a saúde, através dos projectos existentes, nas aulas e através de conversas informais. Confirmam os professores: “...falamos sobre alimentação, comportamentos sexuais saudáveis, a não utilização de substâncias nocivas.” (PE1); “...incentivo a prática de exercício físico...” (PE2).

Há alguns entrevistados que referem outros exemplos de estímulos: “Fazer com que todos participem nos projectos...” (PE3); “...participem em concursos com temáticas de saúde e oferecer prémios para os melhores desenhos, cartazes, etc.” (PE4); “Fazer com que todos se envolvam nas actividades de maneira a aprenderem alguma informação útil” (PE3).

A “*Mobilização e Gestão de Saberes dos Alunos na Perspectiva de Melhoria da Saúde que os Professores da Escola Percepcionam*” é uma categoria onde se verifica ausência de unidades de enumeração, porque pelas respostas dadas pelos professores não se conseguiram agrupar unidades de registo. À questão formulada sobre a motivação e interesse dos alunos para terem estilos de vida saudáveis, três professores responderam que “*Estão pouco motivados*” (PE1), (PE3), (PE4). Dois professores responderam: “*Alguns, mas muito poucos estão motivados*” (PE2) e “...alguns...” (PE5).

“*Vê-se que se entusiasmam com as temáticas e querem ser saudáveis, mas depois lá fora têm outro mundo à sua espera*” (PE4). “*Na idade deles não é tão difícil assim motivá-los, era preciso uma continuidade...*” (PE1).

Da observação diária que os professores fazem aos alunos, a sua opinião revela preocupação sobre os resultados da educação para a saúde, porque segundo eles, os efeitos poderiam ser melhores. Os cinco professores mostraram-se apreensivos e exprimem: “*Continua a haver problemas principalmente relacionados com o excesso de peso*” (PE4); “... poderá melhorar bastante mais” (PE1); “*Muitos continuam a não resistir à grande*

quantidade de alimentos não saudáveis disponíveis no mercado” (PE2); “Continuam a notar-se muitos problemas...” (PE3).

Quanto aos resultados obtidos na avaliação efectuada posteriormente às sessões de educação para a saúde, os cinco professores responderam que são satisfatórios. Os alunos aprendem os conteúdos que lhes são proporcionados e apresentam as fichas de avaliação e os trabalhos escritos com classificação positiva. *“Os alunos conseguem dar resposta correcta, teoricamente, e vê-se que sabem...” (PE5); “...o pior é passar da teoria à prática...” (PE2); “...isto tinha que continuar nos outros ambientes onde o aluno vive...” (PE1).*

A categoria *“Importância que os Professores da Escola dão à Educação para a Saúde”* aponta para a consonância de opiniões entre os professores. Todos os entrevistados admitem que a educação para a saúde é essencial e indispensável nas Escolas e que é uma mais valia preciosa nas idades em questão. Revelam que é nas crianças e jovens que as noções elementares para as boas práticas de saúde devem ser plasmadas, para que as interiorizem e as vivam em consciência. Um professor alvitrou: *“É muito importante, pois é nesta faixa etária que se deve trabalhar no sentido de os alunos adquirirem uma boa cultura sobre hábitos correctos a vários níveis como a alimentação equilibrada, consumos nocivos, doenças sexualmente transmissíveis, etc.” (PE3);* outro referiu: *“Considero muito importante, pois é através dela que os alunos ouvem a informação necessária para o seu bom desenvolvimento e crescimento” (PE5);* outro professor disse ainda: *“Considero muito importante, pois um dos objectivos da Escola deve ser a promoção de hábitos de vida saudáveis na sua população estudantil” (PE4).*

Os professores conciliam-se em redor de uma ideia que é comum a todos: a educação para a saúde é tão essencial que, no seu entender, deveriam existir mais projectos: *“Se queremos mais e melhor saúde há que investir neste sector...” (PE1); “...é essencial e deveriam haver mais projectos nas Escolas ...” (PE3).*

Além disso, comungam também da opinião que, nestas actividades, o envolvimento de todos os membros que participam na educação dos jovens seria fulcral, bem como a sociedade em geral. Na maioria das situações, a família também manifesta défice de educação para a saúde. Eis exemplos de

opiniões: *“A educação para a saúde é indispensável e é pena que não haja mais intervenções a nível mais prático e chamando também a família para debates, acções em conjunto...”* (PE2); *“...e a nível da sociedade em geral, que bem precisa, para todos estarem aptos a sensibilizar os jovens e haver alguém com coragem para desmascarar algumas situações...”* (PE3); *“...as crianças ouvem e assimilam as matérias, mas depois chegam a casa, à família, e encontram versões bem diferentes...”* (PE5).

... Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida

Esta dimensão é dividida em três categorias:

- Perspectiva que os Professores da Escola têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Alunos.
- Tipos de Interferências nas Opções de Vida.
- Análise que os Professores da Escola fazem sobre a Sociedade e a Saúde Escolar.

A categoria *“Perspectiva que os Professores da Escola têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Alunos”* mostra a concepção que os professores possuem acerca deste assunto: estes influenciam muito os alunos nos seus procedimentos, nas suas posturas e perante as opções que devem fazer na vida. São tão dominadores que chegam mesmo a impressionar os jovens e a ter implicações na sua actuação em sociedade: *“...a comunicação social passa uma mensagem de facilitismo em tudo na vida e os jovens crêem que assim é. Nas aulas apercebemo-nos da competitividade de marcas de telemóveis, marcas de roupas... alimentos que são o máximo...”* (PE2); *“...há programas televisivos que são uma influência negativa pois não reflectem a realidade do dia-a-dia”* (PE3).

Os professores referem ainda *“ Os meios de comunicação social aproveitam-se, principalmente através da publicidade...”* (PE1); *Influencia muito os jovens que se encontram nesta faixa etária* (PE3); *“Os aspectos negativos estão associados principalmente à publicidade enganosa...”* (PE4); *“Tem muita influência. O marketing, as notícias, os modelos com corpos fabulosos, fazem com que a realidade seja distorcida e os jovens acreditam e vão atrás”* (PE5).

Mas os professores também reflectem nas vantagens que a comunicação social pode conter. Referem que toda a comunicação social deveria ter uma função pedagógica e que nalgumas situações essa vertente existe. Há professores que mencionam: *“...alguns programas ou notícias alertam a população para problemas e ajudam na prevenção dos mesmos...”* (PE2); *“...tem aspectos positivos, como alertar para boas práticas, comportamentos de risco e comportamentos preventivos”* (PE4).

Referem a importância do acompanhamento parental quando assistem a comunicações, seja programas de televisão, de rádio, as mais variadas leituras e até mesmo filmes. Outro professor refere: *“... são fundamentais, mas os jovens têm que ser acompanhados por familiares ou outros adultos para seleccionarem a informação mais importante e menos nefasta”* (PE1).

Na categoria *“Tipos de Interferências nas Opções de Vida”*, todos os professores destacam variadas interposições nas escolhas que os jovens têm que fazer na sua vida para terem melhor saúde. Mencionam a família, a televisão, a publicidade, a net, os amigos, os colegas, as revistas cor-de-rosa e até a música. Estas causas aparecem nas cinco entrevistas, mas há dois entrevistados que realçam a família como o veículo primordial nas opções de vida dos jovens. Surgem então estas opiniões: *“A família, a educação dos pais é importante para a adopção de estilos de vida saudáveis nos filhos.”* (PE4); *“A família é a maior interferência e a mais implicada no assunto”* (PE1).

Os outros professores conferem a mesma ponderação a todos os factores, ou seja, colocam-nas no mesmo patamar em termos de grau de importância. Valorizam todas em simultâneo e no seu conjunto. Expõem: *“Muita informação que dificulta a tomada de decisões conscientes é a televisão, a net, as revistas... a família tem um papel preponderante no meio disto tudo”* (PE5).

Todos referem o efeito incentivador dos amigos e colegas: *“Estão numa idade que dão mais importância àquilo que os amigos e colegas dizem ou fazem, do que propriamente àquilo que os cotas ensinam”* (PE3).

Todos os professores afirmam convictamente o quanto a publicidade pode tornar-se perniciosa: *“Basta observar atentamente e concluímos como a publicidade é enganosa...”* (PE3); *“As crianças acreditam no que estão a ver e a ouvir, é só alimentos ricos em vitaminas, cálcio, etc. e que fazem crescer e ser forte e maravilhoso...”* (PE2).

“Análise que os Professores da Escola fazem sobre a Sociedade e a Saúde Escolar” é uma categoria que indica a preocupação dos cinco professores relativamente à implementação de actividades futuras sobre saúde nas Escolas. Referem que a sociedade em geral não releva estas acções imprescindíveis à formação dos jovens: *“...não há visibilidade do trabalho árduo que aqui é efectuado...”* (PE3); *“...as pessoas não dão conta do interesse das temáticas aqui desenvolvidas”* (PE1).

Todos mencionam com inquietação o desinteresse dos dirigentes deste País que descuram a saúde escolar: *“Há muitos anos atrás a saúde escolar era bem mais desenvolvida e eficaz, tem-se notado uma queda nas acções efectuadas no presente comparativamente com as do passado”* (PE4); *“...este investimento não se verifica porque o que interessa aos políticos é aquilo que se vê a curto prazo e que dá votos”* (PE1).

É objecto de concordância entre todos os professores o investimento que se deveria efectuar neste âmbito: *“ Tem que se investir neste sector se queremos mais e melhor saúde...”* (PE1).

Realizada a análise das entrevistas aos professores conclui-se que:

- Em nove categorias a frequência absoluta de unidades de enumeração é cinco, porque se auferiu dos cinco entrevistados respostas que se puderam incluir em todas elas. Numa categoria, *“Mobilização e Gestão de Saberes dos Alunos na Perspectiva de Melhoria da Saúde que os Professores da Escola Percepcionam”* não se registaram unidades de enumeração, porque as respostas das cinco entrevistas não agregaram conteúdos compatíveis para a formar. Na frequência absoluta de unidades de registo obtiveram-se diferentes valores em concordância com o resultado das entrevistas.

- Na dimensão **“Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde”**, a categoria que mais unidades de registo apresentou foi o *“Conhecimentos Pedagógico-Metodológicos dos Professores da Escola”* com trinta e cinco unidades de registo. A categoria *“Participação na Avaliação do Aluno”* registou quinze unidades de registo. Comparativamente, a primeira categoria registou mais unidades de registo. Os entrevistados enfatizaram-na nos seus discursos, mas ainda assim, a segunda teve representativa

manifestação porque os professores avaliam a educação para a saúde periodicamente e também a abordaram nas entrevistas efectuadas.

Assim, depreende-se que os professores organizam, participam e apoiam todas as iniciativas para educar em saúde. Realizam várias actividades nesta Escola e de acordo com um planeamento anteriormente delineado. Estão atentos aos temas actuais, salientando a utilidade da aplicação de metodologias activas e a importância da avaliação de conhecimentos dos alunos.

- Na categoria **“Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática”**, a categoria que mais unidades de registo obteve foi o *“Desempenho e Aprendizagem dos Professores da Escola em Matérias de Saúde”* com vinte e sete unidades de registo, seguida da categoria *“Professores que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis”* com dezanove unidades de registo e a *“Importância que os Professores da Escola dão à Educação para a Saúde”* com dezasseis unidades de registo. A categoria *“Mobilização e Gestão de Saberes dos Alunos na Perspectiva de Melhoria da Saúde que os Professores da Escola Percepcionam”* obteve treze unidades de registo, mas com conotação nula para formar categoria. Só se citaram estas unidades de registo para enfatizar o discurso dos professores. A categoria *“Professores Identificadores de Necessidades”* obteve dez unidades de registo.

Esta análise indica que os professores conferem à educação para a saúde grande utilidade e vantagens. Reconhecem o valor dos ensinamentos sobre saúde e referem que os alunos necessitam de ter acesso a um conjunto de informações actualizadas sobre saúde e a forma como aplicá-las no seu dia-a-dia. Aqui se incluem, naturalmente, os temas que se dedicam directamente às questões da cidadania e lhe possibilitem explorar os caminhos que permitam fazer-lhe chegar os principais aspectos destas actividades.

As entrevistas evidenciaram que na efectivação da prática das sessões de educação para a saúde, estas são bem planificadas em conjunto com os profissionais de saúde e sempre em concordância com as necessidades vividas pelos alunos da Escola.

A Escola pede a colaboração dos profissionais de saúde. Efectuam-se reuniões cíclicas com todos os elementos do projecto e ocorrem de acordo com as necessidades sentidas durante o ano lectivo.

Todos os professores destacam a utilização das metodologias activas. A participação do aluno é imprescindível. Fazem a avaliação sistemática dos conhecimentos adquiridos através de debates, trabalhos escritos individuais e em grupo, questionários, actividades lúdicas alusivas às temáticas apresentadas, concursos com desenhos, cartazes, elaboração de textos em poesia e prosa.

Sobre os resultados da educação para a saúde que é proporcionada na Escola, teoricamente, todos indicam que os alunos de uma maneira geral apreenderam os conteúdos. Na prática, os professores conhecem os estilos de vida dos alunos através daquilo que podem observar e referem que estão preocupados porque os efeitos poderiam ser melhores. Evidenciam apreensão por sentirem que os alunos não estão motivados para a mudança de condutas. Consideram que fixam alguma informação, mas as influências externas fazem-nos abandonar os ensinamentos e a sua utilização.

Todos referem que incentivam os alunos a decidirem-se por usos e costumes de vida saudáveis. Actuam estimulando-os a cooperar nos projectos e a cumprir as normas em vigor no estabelecimento escolar, como por exemplo: a não permissão de ingestão de alimentos pouco salutareos nos intervalos, não fumar, não beber bebidas alcoólicas, nem refrigerantes açucarados, vigilância nas horas do intervalo, não existência de produtos impróprios no bar e na cantina, não há consentimento para as empresas de “fast food” colocarem máquinas de venda de alimentos, bem como a vigilância constante a um estabelecimento comercial que se encontra a poucos metros da Escola.

Nas entrevistas, os cinco professores mencionam que reforçam também o incentivo ao exercício físico e à responsabilização pela separação dos resíduos sólidos e à protecção do meio ambiente, pondo em prática a recolha de electrodomésticos, computadores, material eléctrico, etc. para reciclagem e com a finalidade de adquirir material didáctico com os lucros auferidos.

Os professores referem estar motivados para estas acções porque se interessam por todo o percurso do projecto. Gostam das actividades e vêm

vantagens em conhecer conteúdos relacionados com a saúde para encaminhar os alunos. Um professor referiu: *“Os professores devem ser preparados para discutir questões de saúde, higiene, alimentação de maneira crítica e contextualizada, vinculando saúde às condições de vida e direitos do cidadão”* (PE2).

• A dimensão **”Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida”** apontou com maior número de unidades de registo, vinte sete, a categoria: *“Tipos de Interferências nas Opções de Vida”* e apresentou com igual número de unidades de registo, dezassete, as categorias: *“Perspectiva que os Professores da Escola têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Alunos”* e *“Análise que os Professores da Escola fazem sobre a Sociedade e a Saúde Escolar”*.

Nesta dimensão e pelas opiniões que foram enunciadas pelos professores, analisar tipos de interferências e influência do meio e sociedade, propiciam um contíguo de ideias que se ligam entre si.

Quanto aos tipos de interferências externas, a família apareceu sempre nas palavras dos entrevistados, havendo mesmo dois professores que a mencionam como principal intervenção. Os restantes professores aludem às mesmas interferências externas sem vincular nenhuma ordenação.

Referem que a família *“é o âmago da educação dos jovens e com consequências nas preferências deles”* (PE4). É a família que modela desde o nascimento e é nesta que as crianças se revêem, copiam atitudes e seguem como exemplo.

Os professores apontam a importância dos pais na regulamentação da educação: *“Há necessidade da presença regular de familiares com boas opções de vida na educação da criança”* (PE1).

Os amigos, os colegas, as revistas, a televisão e a net foram outras das interferências a que se reportaram.

A televisão e a net foram abordadas por todos os professores, porque estes possuem um entendimento formado acerca destes dois factores que actualmente dominam os jovens.

O parecer sobre esta matéria é consensual: todos asseveram que a comunicação social influencia a saúde dos jovens e que a televisão regula

atitudes e opiniões, contribui na definição de valores e modelos de comportamento individuais e colectivos, familiares e sociais. Na realidade, se necessário fosse certificar esta realidade, bastaria estar atento aos enormes investimentos que a publicidade faz na programação televisiva e como, cada vez mais, estes investimentos condicionam horários e programações.

Todos os professores referem o excessivo número de horas que os jovens passam à frente da televisão e como estes acreditam na publicidade enganosa. Apontam-na como maléfica: *“A deficiente qualidade (nomeadamente o problema da violência) de alguns programas e da publicidade poderá ter consequências altamente negativas, do ponto de vista da saúde, da aprendizagem e do exercício da cidadania”* (PE4).

Todos mencionam que há necessidade de intervir mais e melhor nos meios de comunicação social, embora não no sentido de censurar ou retirar imagens, mas com o propósito de formar uma consciência cívica que alerte os cidadãos para a necessidade de atenuar, globalmente, a carga violenta dos *media*. Referem também os perigos da criança ou do jovem verem televisão, filmes, net, etc. sozinhos, sem qualquer apoio.

Os meios de comunicação social têm uma supremacia poderosa no desenvolvimento dos valores e na educação das crianças e dos jovens. Segundo asseguram todos os professores, coagem a gastos e anunciam modas, mas também confirmaram que pode servir como uma ferramenta essencial na difusão de boas práticas e essa seria, sem dúvida, a melhor maneira de se converter num grande potencial educativo, benéfico para todos.

Quanto à análise efectuada sobre a sociedade e a saúde escolar, os cinco professores referem que são dois factores que influem nos estilos de vida e na maneira de estruturar o jovem.

Os professores são da opinião que os problemas decorrentes da vida em sociedade impõem às organizações sociais o desenvolvimento de actividades ligadas à saúde da população e o estabelecimento de regras para modelar comportamentos que podem resultar em riscos e danos à saúde da comunidade.

A Escola já representa em termos de tempo um sector com dimensões alargadas, visto que o aluno passa muitas horas diárias dentro da Escola e no mundo moderno as suas responsabilidades estão cada vez mais ampliadas.

Menciona um professor: *“novas responsabilidades vêm sendo passadas para a Escola por falta de tempo dos pais ou mesmo por falta de conhecimento e esclarecimento sobre diversos assuntos”* (PE3).

Refere outro professor: *“As questões de saúde estão a tornar-se cada vez mais necessárias de serem discutidas no ambiente escolar”* (PE4).

Não demonstram grandes esperanças na saúde escolar, apesar de se mostrarem unânimes que esta é essencial e que não deveria ser arrebatada para planos inferiores. É uma actividade em que não se evidenciam os resultados imediatamente, mas que a longo prazo eles verificar-se-ão. São consensuais que num panorama futuro *“É necessário desenvolver, na sua plenitude, estratégias de saúde, em que a mudança esteja centrada nas crianças e jovens”* (PE2). Outro ainda mencionou: *“Desenvolver o senso crítico, formar o cidadão de amanhã é tarefa da educação, sem dúvida”* (PE5).

Indicam que para se melhorar realmente as condições de saúde de uma população - um objectivo social relevante em todas as sociedades – são necessárias mudanças profundas no interior das sociedades e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas. Ou seja, para que uma sociedade conquiste a saúde para todos os seus membros, é necessária uma verdadeira acção intersectorial, isto é, políticas da saúde e da educação, ambas comprometidas com a qualidade de vida e a saúde da população. É nesta perspectiva que encaram a sociedade e a saúde escolar: progressivamente tem que se assegurar uma contribuição cada vez mais ampla de todos, para a elaboração e execução de projectos de saúde escolar. *“É um desafio para os políticos que, com a sua colaboração, possam contribuir para enriquecimento dos homens de amanhã”* (PE5).

Os cinco professores referem também que existe uma dicotomia entre aquilo que se solicita aos jovens e aquilo que se lhes oferece. Como a sua experiência lhes mostra que a sociedade age sobre a criança e o jovem em todas as situações, designadamente na saúde e nas atitudes perante a vida, solicitando-lhes comportamentos adequados, referem então que há necessidade em desenvolver contextos apropriados a esses comportamentos requeridos. Há urgência em conceber estruturas para que o jovem tenha opção quando fizer a selecção. Por exemplo, um professor referiu: *“Há que criar e desenvolver alternativas, actividades e hobbies, para entretenimento e ocupação*

do tempo de lazer, que têm de ser tão acessíveis quanto a televisão. É uma prioridade” (PE1).

Os professores são consensuais no que respeita à contribuição de todos para termos uma sociedade mais saudável. Para além dos factores estruturais, que dependem apenas parcialmente da decisão e acção dos indivíduos, referem que a saúde também decorre de factores comportamentais. Isto é, as pessoas desenvolvem padrões alimentares, procedimentos sexuais, de actividade física, de maior ou menor stress na vida quotidiana e no trabalho, uso de drogas lícitas (como cigarro e bebidas alcoólicas) e ilícitas, entre outros, que também têm grande preponderância sobre a saúde.

Um professor mencionou: *“Se cada pessoa se preocupar em desenvolver um padrão comportamental favorável à sua saúde e lutar para que as condições sociais e económicas sejam favoráveis à qualidade de vida e à saúde de todos, certamente estará a dar uma poderosa contribuição para que tenhamos uma população mais saudável, com vida mais longa e prazerosa” (PE4).*

3.24.C. Entrevistas aos Profissionais de Saúde

Este grupo é constituído por três entrevistas a enfermeiras do Centro de Saúde do Fundão. Todas licenciadas e com especialização: duas com a Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica e uma com Especialização em Saúde Comunitária.

Quadro 6 – Grelha de Análise das Entrevistas aos Profissionais de Saúde

Dimensões	Categorias	Unidades de Registo Exemplificativas	Fre. Abs. UR	Fre. Abs. UE
Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde	Conhecimentos Pedagógico-Metodológicos dos Profissionais de Saúde	<p>“Fazemos 2 a 3 sessões por ano” (PS2)</p> <p>“Existe um plano que é feito em articulação com os professores” (PS3)</p> <p>“Tentamos usar metodologias activas, em que haja interacção” (PS2)</p> <p>“Os temas normalmente são a alimentação, dependências ilícitas...” (PS1)</p> <p>“Umás temáticas são solicitadas pela escola, outras sugeridas por nós” (PS3)</p> <p>“A maior parte das temáticas são solicitadas pela escola” (PS1)</p>	24	3
	Participação na Avaliação do Aluno	<p>“Não costumamos avaliar os alunos após as sessões” (PS1)</p> <p>“Não há esse hábito” (PS3)</p> <p>“Não controlamos as actividades dos alunos para prevenção de problemas futuros” (PS1)</p>	6	0
Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática	Profissionais de Saúde Identificadores de Necessidades	<p>“Os temas são adequados às características de cada turma” (PS2)</p> <p>“Os temas estão em concordância com as necessidades sentidas” (PS3)</p>	6	3
	Desempenho e Aprendizagem dos Profissionais de Saúde em Matérias de Saúde	<p>“A escola solicita sempre a ajuda das enfermeiras...” (PS1)</p> <p>“Existem reuniões periódicas com os professores...” (PS1)</p> <p>“Tenho interesse em aprender mais para melhor aconselhar...” (PS2)</p> <p>“Não usamos apenas o método expositivo...” (PS2)</p> <p>“Tenho interesse em aprender...deve-se estar sempre aberto ao conhecimento...” (PS1)</p>	24	3
	Profissionais de Saúde que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis	<p>“Incentivo os alunos a procurar o centro de saúde para esclarecimento de dúvidas” (PS1)</p> <p>“Incentivo elogiando a alteração de comportamentos” (PS3)</p>	6	3

	Mobilização e Gestão de Saberes dos Alunos na Perspectiva de Melhoria da Saúde que os Profissionais de Saúde Percepcionam	<p>“Alguns estão apenas despertos...” (PS1)</p> <p>“...o que lhes falta é motivação...” (PS3)</p> <p>“Ao longo do tempo vão-se notando pequenas alterações, embora muito poucas.” (PS3)</p>	9	0
	Importância que os Profissionais de Saúde dão à Educação para a Saúde	<p>“A educação para a saúde está muito longe de ser perfeita, mas se cada um for espalhando sementes, um dia algumas delas germinarão...” (PS3)</p> <p>“A ausência de informação incapacita ou dificulta a tomada de decisão...” (PS2)</p> <p>“É importante para aquisição de novas competências...para fazerem escolhas saudáveis...” (PS1)</p> <p>“A educação para a saúde é muito importante, mas isoladamente tem pouco impacto” (PS3)</p>	23	3
Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida	Perspectiva que os Profissionais de Saúde têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Alunos	<p>“...têm um grande potencial educativo, mas também uma grande potencial destrutivo.” (PS1)</p> <p>“...muitas vezes funciona como conta informação, o que dificulta ainda mais a educação para a saúde” (PS3)</p> <p>“...tem muita influência na vida dos jovens e talvez nos menos informados, tenha ainda mais.” (PS3)</p>	8	3
	Tipos de Interferências nas Opções de Vida	<p>“A própria família é muito importante no sentido de criar e manter rotinas” (PS1)</p> <p>“...exemplos de atletas...” (PS1)</p> <p>“O meio onde vivem...” (PS2)</p> <p>“...os amigos” (PS2)</p> <p>“...os locais de lazer que frequentam...” (PS2)</p> <p>“...as informações que recebem através da net, da televisão, etc.” (PS2)</p>	11	3
	Análise que os Profissionais de Saúde fazem sobre a Sociedade e a Saúde Escolar	<p>“Os pais, os professores, os adultos têm que contribuir com a informação, mas também com o exemplo” (PS1)</p> <p>“A sociedade em geral tem que apostar mais na saúde dos alunos que serão os homens de amanhã” (PS2)</p> <p>“Cabe a nós e talvez aos dirigentes reflectir sobre o que tem sido feito e no que se deveria fazer” (PS3)</p> <p>“Em termos de políticas de saúde não vejo que se avizinhem melhores tempos em resultados e números...” (PS3)</p>	7	3

Observando o Quadro 6 verifica-se que, quanto à dimensão

... Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde

Esta dimensão é dividida em duas categorias:

- Conhecimentos Pedagógico-Metodológicos dos Profissionais de Saúde.

- Participação na Avaliação do Aluno.

Relativamente aos *“Conhecimentos Pedagógico-Metodológicos dos Profissionais de Saúde”* verificou-se que os três entrevistados realçaram a prática da educação para a saúde na Escola em estudo, *“As sessões são realizadas de acordo com um cronograma previamente elaborado”* (PS2) e enfatizaram a importância das temáticas abordadas serem actuais e pertinentes à conjectura actual, *“Sexualidade, meios contraceptivos, alimentação...”* (PS1); *“Distúrbios alimentares, dependências lícitas e ilícitas...”* (PS2); *“Alimentação saudável, sexualidade e problemas relacionados...”* (PS3).

As metodologias são previamente discutidas entre os elementos do projecto e privilegiam as metodologias em que os alunos são envolvidos directamente e têm que participar através de debates, trabalhos individuais e de grupo. Assim, o aluno não é meramente “ouvinte e passivo”, mas essencialmente “ouvinte e activo”, como a seguir se transcreve nas unidades de registo *“Depende de cada temática mas é sempre tida em conta a interacção com os alunos de forma que estejam sempre directamente envolvidos e participantes”* (PS1); *“Não usamos apenas o método expositivo mas solicitamos a participação activa dos alunos, normalmente no final há sempre um debate”* (PS2).

Na categoria *“Participação na Avaliação do Aluno”* e ao analisar as suas unidades de registo, constata-se que os profissionais de saúde não têm por hábito realizar a avaliação das sessões de educação para a saúde, ou seja, não avaliam os conhecimentos adquiridos pelos alunos formalmente. Referem que essa avaliação por vezes é feita *“Não de forma formal. A avaliação é feita através do envolvimento dos alunos nas actividades...”* (PS3).

Referem ainda que não têm qualquer metodologia para efectuar tal avaliação e quando informalmente avaliam através das actividades não o fazem conjuntamente com os professores da Escola. Não existe qualquer parceria com a Escola no âmbito de realizarem actividades ou outra qualquer acção para avaliarem os conhecimentos adquiridos pelos alunos e também não controlam as actividades dos alunos para poder antecipar problemas que possam surgir, pois não têm maneira de o fazer. Há a salientar um entrevistado que refere uma situação que actualmente surgiu e que pensa que reflecte o

impacto da educação para a saúde na Escola: “O aumento do número de alunos que frequenta a consulta de atendimento ao jovem reflecte também a importância destes projectos, pois faz com que os alunos sintam a necessidade de mais informação e tenham a noção de que os conhecimentos que têm não são suficientes” (PS3).

Quanto à dimensão:

... Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática

Esta dimensão é dividida por cinco categorias:

- Profissionais de Saúde Identificadores de Necessidades.
- Desempenho e Aprendizagem dos Profissionais de Saúde em Matérias de Saúde.
- Profissionais de Saúde que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis.
- Mobilização e Gestão de Saberes dos Alunos na Perspectiva de Melhoria da Saúde que os Profissionais de Saúde Percepcionam.
- Importância que os Profissionais de Saúde dão à Educação para a Saúde.

A primeira categoria “*Profissionais de Saúde Identificadores de Necessidades*” mostra que os profissionais de saúde se preocupam em planear as sessões de educação para a saúde de acordo com um levantamento inicial das necessidades mais prementes dos alunos em matéria de saúde e estilos de vida.

Verificou-se através das entrevistas que os profissionais de saúde na sua totalidade referiram que “*Os temas a abordar são sempre identificados, discutidos e seleccionados, tendo em vista as necessidades dos alunos e da Escola*” (PS1); “*Os temas são adequados a cada turma e às características específicas dessa turma*” (PS2); “*Os temas são de acordo com as turmas*” (PS3).

Na categoria “*Desempenho e Aprendizagem dos Profissionais de Saúde em Matérias de Saúde*” constata-se que todos os entrevistados estão despertos para esta área importante e abrangente da saúde, que é a educação e a responsabilização pelos actos praticados no dia-a-dia para a promoção da

saúde, e pretendem ascender a um nível de conhecimentos superior, quer na vertente pedagógica, quer na vertente humana ou ainda na vertente do conhecimento, da ciência e da experiência. Eis exemplos de enunciados que traduzem o exposto: *“Viver é uma contínua aprendizagem, assim deve-se estar sempre aberto a todo e qualquer tipo de conhecimentos”* (PS1); *“Tenho interesse em aprender cada vez mais porque só assim poderei transmitir conhecimentos”* (PS2); *“Tenho interesse em aprender, embora as formações disponíveis não sejam muitas. As maiores dificuldades são a formação em metodologias mais atractivas e que vão de encontro ao interesse do aluno”* (PS3).

Verifica-se também que para um bom desempenho e desenvolvimento da educação para a saúde, os profissionais de saúde reúnem periodicamente com os professores e estão alertados para possíveis modificações que possam existir, nomeadamente alteração de temas ou possíveis ajustes em determinadas actividades, *“O plano de actividades é feito em conjunto”* (PS2); *“A Escola solicita sempre a nossa colaboração”* (PS1); *“Existem reuniões periódicas com os professores”* (PS1); *“Fazemos reuniões sempre que necessário”* (PS2); *“Sim fazemos reuniões. Numas fases do projecto é necessário reunir mais vezes e noutras menos”* (PS3).

A categoria *“Profissionais de Saúde que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis”* mostra que todos os profissionais de saúde incentivam os alunos a terem melhores comportamentos para terem melhor saúde através da educação para a saúde nas sessões efectuadas na Escola e com algumas conversas informais que estabelecem com eles na própria Escola. Afirmam os profissionais de saúde: *“Sim incentivo sempre”* (PS1); *“A nossa educação para a saúde é sempre direccionada para estilos de vida saudável”* (PS1); *“Estes incentivos vão sempre ao encontro das práticas diárias, como seja, a alimentação saudável, prática de desporto, entre outras”* (PS2).

Outros tipos de incentivos surgem no decorrer das entrevistas. Há um entrevistado que refere: *“Incentivo elogiando a alteração de comportamentos”* (PS3) e outro que diz: *“Incentivo os alunos a procurar sempre o Centro de Saúde para esclarecimento de dúvidas”* (PS1).

A *“Mobilização e Gestão de Saberes dos Alunos na Perspectiva de Melhoria da Saúde que os Profissionais de Saúde Percepcionam”* é uma

categoria em que se verifica que a opinião dos profissionais de saúde se pautou pela prudência nas respostas, pois deduz-se pelas suas palavras que não se encontram absolutamente esclarecidos, “...*não temos certezas absolutas de que a educação para a saúde resulte...*” (PS2), ou que detêm um parecer menos favorável “*O que vemos não augura nada de bom.*” (PS1).

Transcrevem-se mais algumas unidades de registo que traduzem esta opinião menos auspiciosa e que indica um factor pouco facilitador na educação para a saúde: a falta de motivação. Refere um entrevistado: “*Na sua maioria estão despertos para a importância dos estilos de vida saudável, mas motivados para aplicarem os mesmos é mais difícil...*” (PS1); menciona outro: “*Estão apenas despertos...*” (PS2); o terceiro profissional de saúde evoca novamente a falta de motivação: “*Teoricamente alguns alunos já têm conhecimentos, o que lhes falta é motivação para aplicá-los*” (PS3).

Quanto aos resultados da educação para a saúde que é ministrada na Escola, ou seja, se na vida diária os alunos aplicam os conhecimentos que lhes foram transmitidos, um profissional de saúde refere que “*Ao longo do tempo vão-se notando algumas alterações, embora muito poucas*” (PS1).

Os profissionais de saúde referem que querem acreditar que os alunos retêm pelo menos algumas vezes alguma informação. Eis um exemplo transcrito que elucida: “*Penso que fica sempre algo. No Centro de Saúde temos procura de preservativos. As jovens além da pílula também levam preservativos*” (PS2). Mas existe a indispensabilidade de dar continuidade a estas sessões, pois como refere um entrevistado: “*Os conhecimentos teóricos após as sessões aumentam, mas vão desaparecendo à medida que o tempo passa e não se volta a falar nos assuntos*” (PS1).

Um profissional de saúde referiu mesmo que não tinha dados concretos para responder a esta questão.

A categoria “*Importância que os Profissionais de Saúde dão à Educação para a Saúde*” mostra a unanimidade das opiniões. Todos os entrevistados concordam que a educação para a saúde é muito importante e fundamental nas Escolas e que tem um grande impacto nas faixas etárias mais jovens. Deve ser nestas o investimento para se conseguir uma população adulta saudável.

Assim, auscultou-se a seguinte opinião de um profissional de saúde: “A ausência de informação incapacita ou dificulta a tomada de decisão. Daí a importância da educação para a saúde em contexto escolar” (PS2).

Existe a concordância entre os entrevistados que para se fazer educação para a saúde há necessidade de uma abrangência entre sectores diversificados e que não deve ser incumbência unicamente de uma área. Eis uma unidade de registo que ilustra a ideia: “A educação para a saúde é muito importante, mas deve ser feita com um pleno envolvimento de todos, querer fazer bem, pois se for feita só para fazer terá pouca relevância” (PS3).

Os profissionais de saúde entrevistados mencionam constantemente o objectivo principal da educação para a saúde em âmbito escolar: “No contexto escolar é fundamental a educação para a saúde porque consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e tomar decisões adequadas” (PS1).

... Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida

Esta dimensão é dividida em três categorias:

- Perspectiva que os Profissionais de Saúde têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Alunos.
- Tipos de Interferências nas Opções de Vida.
- Análise que os Profissionais de Saúde fazem sobre a Sociedade e a Saúde Escolar.

A categoria “*Perspectiva que os Profissionais de Saúde têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Alunos*” indica que os profissionais de saúde têm a opinião de que estes influenciam muito os alunos, os seus comportamentos e atitudes, que por sua vez vão interagir com os estilos de vida e os modos de actuar em sociedade.

Os entrevistados referem “*Os meios de comunicação social moldam comportamentos, sugerem “modismos”, coagem ao consumo*” (PS1); “*Têm uma grande importância, tudo dependerá do jovem e por vezes de informações anteriores que já dispõe*” (PS3).

Outra reflexão que apareceu nas entrevistas tem a sua génese nos conceitos modernos de “vender um produto rápido, sem medir as

consequências”, e os profissionais de saúde estão atentos a esta inversão de valores. Transcreve-se um enunciado que representa a ideia: *“são os técnicos de saúde ou da educação, sem formação em marketing a tentar passar uma mensagem e os especialistas em marketing das empresas a passar eficazmente mensagens que só servem interesses comerciais”* (PS2).

Na categoria *“Tipos de Interferências nas Opções de Vida”* todos os profissionais de saúde realçam a família como a principal interferência. Daí a interessante unidade de registo a seguir transcrita: *“O exemplo a nível familiar tem muita influência já que é feito inconscientemente e de forma sistemática”* (PS3).

O meio envolvente da criança e do jovem, bem como a net e a televisão também são apontados por todos os entrevistados como catalisadores de informação, eis um exemplo: *“O meio onde vivem, os amigos e os locais de lazer que frequentam, bem como as informações que recebem através da net, da televisão, etc.”* (PS2).

“Análise que os Profissionais de Saúde fazem sobre a Sociedade e a Saúde Escolar” é uma categoria que mostra a apreensão de todos os entrevistados no que concerne ao alheamento de algumas entidades, nomeadamente aos dirigentes deste País que descurem a saúde escolar. Descreve-se uma unidade de registo para demonstrar tal preocupação: *“Em termos de políticas de saúde não vejo que se avizinhem melhores tempos em resultados e números...”* (PS3).

É uma área que trabalha com o futuro, ou seja, envereda as suas acções numa fracção da população que será a posteridade da nação e que se deseja forte, saudável, educada, entre outros adjectivos, para que se verifique o crescimento e desenvolvimento eficaz de todos os sectores de um Estado. Eis um registo importante para a compreensão do que foi referido: *“Há necessidade de encorajar os adultos a mostrarem o que é na verdade viver bem para ter saúde. Darem o exemplo. Se a criança nascer nesse ambiente e depois encontrar o mesmo na sociedade, de certeza que os seus comportamentos serão saudáveis”* (PS2).

Neste assunto há simultaneamente unanimidade nos profissionais de saúde quanto ao investimento que se deveria realizar nesta área: *“A educação para a saúde não é fácil de contabilizar, e só se vêem resultados mais tarde, o*

que vai fazer com que cada vez menos se invista nela em termos de serviços” (PS3).

Efectuada a análise das entrevistas aos profissionais de saúde, pode-se concluir que:

- Nas categorias a frequência absoluta de unidades de enumeração é variável porque não se obteve dos três entrevistados respostas que se pudessem incluir em todas elas, tal como na frequência absoluta de unidades de registo também se obtiveram diversos valores, de acordo com o resultado das entrevistas.

- Quanto à dimensão **“Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde”**, a categoria que mais unidades de registo apresentou foi os *“Conhecimentos Pedagógico-Metodológicos dos Profissionais de Saúde”* com vinte e quatro unidades de registo. A categoria *“Participação na Avaliação do Aluno”* registou seis unidades de registo. Não teve expressão pelo facto dos profissionais de saúde não a fazerem de uma forma sistematizada, daí também não se manifestarem na entrevista.

Assim, constata-se que os profissionais de saúde fazem educação para a saúde nesta Escola de acordo com uma planificação anteriormente projectada, dão ênfase às temáticas actuais e norteiam as prelecções para problemas decorrentes da vida presente, bem como ressaltam a importância da aplicação de metodologias activas, tendo em atenção o constante envolvimento do aluno no processo de ensino-aprendizagem para melhor interiorização dos conhecimentos informados.

Quanto aos resultados obtidos através do processo de avaliação efectuada posteriormente às sessões de educação para a saúde, os entrevistados não possuem dados para responder pois não realizam esta avaliação.

- No que diz respeito à dimensão **“Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática”**, a categoria que mais unidades de registo obteve foi o *“Desempenho e Aprendizagem dos Profissionais de Saúde em Matérias de Saúde”* com vinte e quatro unidades de registo, seguida

da categoria *“Importância que os Profissionais de Saúde dão à Educação para a Saúde”* com vinte e três unidades de registo. As outras categorias: *“Profissionais de Saúde Identificadores de Necessidades”* e *“Profissionais de Saúde que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis”* não foram tão representativas e obtiveram seis unidades de registo.

A categoria *“Mobilização e Gestão de Saberes dos Alunos na Perspectiva de Melhoria da Saúde que os Profissionais de Saúde Percepcionam”* com nove unidades de registo de significação contrária ao pretendido, resultou numa frequência de enumeração nula.

Nesta análise verifica-se que os todos os profissionais e saúde se interessam pela educação para a saúde e lhe conferem grande importância. Revelam as suas vantagens e reconhecem de grandiosa valia que seja ensinado aos alunos assuntos relacionados com estilos de vida, até porque, referem os profissionais de saúde: *“a mensagem não passa para os jovens porque ainda pensam: eu nunca vou ficar doente ou velho”* (PS1).

Reflectem na extrema utilidade dos ensinamentos porque estando o aluno num processo de aprendizagem e que se supõe mais receptivo às informações transmitidas poderá também mais facilmente adquirir esses estilos de vida saudável. Se mantiver a forma física e a mente em alerta, isto é, disposta a mudar comportamentos se necessário for, consegue edificar o equilíbrio entre a mente e o corpo, o que culmina num estado de bem-estar físico, mental e social, que na realidade é o que se deseja.

As entrevistas mostraram que a efectivação na prática das sessões de educação para a saúde são bem planificadas em conjunto com os professores e de acordo com as necessidades sentidas pelos alunos da Escola. A Escola pede sempre a colaboração dos profissionais de saúde. Realizam-se reuniões periódicas entre todos os elementos do projecto. Essas reuniões efectuam-se numas fases do projecto mais intensivamente e noutras fases com menos frequência, ou seja, elas acontecem de acordo com as necessidades sentidas ao longo do ano lectivo.

Os profissionais de saúde realçam o facto de na realização das sessões terem a preocupação em utilizar o mais possível metodologias activas, isto é, aquelas em que o aluno é directamente envolvido e em que se apela à sua

total colaboração e participação. Normalmente no final da sessão fazem debates e aí são esclarecidas as dúvidas.

No final do projecto são efectuadas actividades em que os alunos elaboram trabalhos escritos e apresentações em *Power Point*.

Os entrevistados referem que incentivam os alunos a optarem por estilos de vida que os conduzem a uma melhor saúde, até porque é na prática o grande objectivo das suas deslocações à Escola.

Estes profissionais de saúde indiciam estar motivados para este tipo de trabalho porque explicitam dedicação e empenho desde a concepção do projecto até à sua execução. Referem gostar do que fazem e revelam abertura para adquirir novos conhecimentos sobretudo em metodologias activas. Indicam que gostavam que houvesse mais oferta no âmbito desta formação. Têm interesse em aprender mais sobre assuntos relacionados com a saúde para aconselhar melhor os alunos e referem que só assim é que podem estar seguros na transmissão de conhecimentos.

Os três profissionais de saúde realçam preocupação por sentirem que os alunos não estão motivados para a mudança de comportamentos. Pensam que retêm alguma informação, mas estão sujeitos a muitas influências externas que os faz esquecer rapidamente os ensinamentos e a sua aplicação.

Os profissionais de saúde informam os conteúdos das temáticas previstas nos períodos que se deslocam à Escola e apercebem-se do que teoricamente fixaram no momento, mas após essas sessões não controlam as actividades dos alunos para prevenção de más opções de vida. Referem mesmo que não têm possibilidade para o fazer porque a sua actividade laboral é no Centro de Saúde e não na Escola.

Todos os entrevistados não têm opinião formada sobre os resultados da educação para a saúde que é ministrada na Escola, ou seja, não conhecem se na vida diária os alunos aplicam os conhecimentos que receberam.

Referem que conhecem os estilos de vida dos alunos através daquilo que podem observar nos locais públicos, ou através de alguns que conhecem pessoalmente e também através dos indicadores de saúde, que possibilitam conhecer alguns factores que podem desencadear a doença, como por exemplo a obesidade infantil, epidemia do século XXI, hábitos alcoólicos nos jovens, taxa de cáries dentárias elevadas, etc.

Todos os profissionais de saúde evidenciam que tem que haver continuidade deste trabalho, até porque segundo um entrevistado: *“Fica sempre algo”* (PS1).

• A dimensão **“Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida”** apresentou as seguintes unidades de registo nas categorias: *“Tipos de Interferências nas Opções de Vida”* onze unidades de registo; *“Perspectiva que os Profissionais de Saúde têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Alunos”* oito unidades de registo; *“Análise que os Profissionais de Saúde fazem sobre a Sociedade e a Saúde Escolar”* sete unidades de registo.

Avaliando as palavras que foram proferidas por todos os profissionais de saúde quanto a esta dimensão e indo ao cerne das questões, pode-se estabelecer um paralelismo entre elas, pois estão relacionadas através da impregnação nos conceitos da mesma similitude de vocábulo, ou seja, analisar tipos de interferências e influência do meio e sociedade, proporcionam um conjunto de ideias que se interligam.

Assim, quanto aos tipos de interferências externas que existem nas opções que os jovens têm que fazer na sua vida para terem melhor saúde, a família surgiu sempre nas palavras dos entrevistados. Estes referem que a família é o núcleo principal e de grande importância nas escolhas para a vida das crianças e jovens. A própria família é necessária no sentido de criar e manter rotinas, como por exemplo estabelecer horários para dormir, controlo das saídas nocturnas, conhecer os colegas e amigos, etc. O exemplo familiar é sobejamente conhecido como o ponto de partida para as opções das crianças e jovens, daí a indispensabilidade do bom exemplo.

Como exemplo surgiu também nas entrevistas o testemunho de atletas como uma boa interferência de forma a fomentar a prática de desporto e bons estilos de vida.

Os amigos, o meio onde vivem e os locais de lazer que frequentam foram também expressos *“pois todos sabemos que estes três factores são irredutivelmente interventivos no comportamento das crianças e jovens e podem mesmo ser mais motivo de exemplo do que a própria família”* (PS3).

A televisão e a Internet estiveram também na base da entrevista porque os profissionais de saúde têm um juízo formado sobre estes grandes “influenciadores” de conduta, atitudes e valores. Aqui constata-se o tal paralelismo referido anteriormente. Entra-se com estes elementos na influência dos meios de comunicação social na saúde dos alunos.

A opinião dos entrevistados sobre esta matéria é unânime e consensual: todos afirmam sem constrangimentos que a comunicação social influencia a saúde dos jovens.

Os meios de comunicação social têm tudo para poderem exercer uma influência poderosa no desenvolvimento de valores e na formação do comportamento da criança e do jovem e segundo asseguram os profissionais de saúde impelem ao consumo, indicam modas (na alimentação, nos telemóveis, nas bebidas alcoólicas, etc.) e podem ter em latência um processo aniquilador de estilos de vida saudáveis.

É com esta perspectiva que o jovem se depara todos os dias ao visionar a publicidade, alguns filmes, determinadas reportagens, certas músicas, etc. Referem ainda os profissionais de saúde que a opção do jovem e o seu procedimento estará relacionado também com as informações anteriores que dispõe: *“A comunicação social tem muita influência na vida dos jovens e talvez nos menos informados tenha ainda mais”* (PS3).

Todos os entrevistados também afirmaram que a comunicação social pode servir como instrumento crucial na divulgação de bons conselhos e essa era a forma exemplar de tornar o seu grande potencial educativo num benefício para todos, mas infelizmente isso por vezes não se verifica por motivos económicos.

Relativamente à sociedade e a saúde escolar depreende-se pelas palavras dos três profissionais de saúde que são dois factores que influenciam os estilos de vida e o modo de construção do equilíbrio psicossomático.

A sociedade com toda a complexidade que lhe é inerente, com todos os grupos sociais marcados pelas relações de troca, actua a todos os níveis na criança e no jovem, nomeadamente na saúde e nas condutas de vida: *“Dá-se ênfase à opção informada dos indivíduos e das populações para assumirem atitudes conscientes e responsáveis quanto à sua saúde, mas desvaloriza-se a*

criação de ambientes estruturais favoráveis para a promoção de estilos de vida saudável” (PS3).

Todos os profissionais de saúde referem que a Escola tem um papel activo e fundamental na educação das crianças em várias dimensões. Ao longo do ciclo de vida, crianças e adolescentes passam grande parte do seu tempo na Escola, reconhecendo-se, actualmente, que este espaço e tempo contém um grande potencial educativo e de socialização. Estes processos de socialização permitem à criança e ao jovem adquirir autonomia e construir a sua identidade. Deverão ser processos de favorecimento à auto-estima, que lhes permitam tomar consciência do valor que têm e preservar-lhes o sentimento de cuidarem da sua saúde, apesar das vulnerabilidades e dificuldades.

Todos os entrevistados não têm grandes expectativas que a saúde escolar se desenvolva nos tempos mais próximos no que concerne às políticas de saúde. Referem que é uma actividade que não dá visibilidade dos resultados a curto prazo e por isso vai ficando esquecida. Mencionam que os frutos resultantes da saúde escolar são só colhidos tardiamente, pois apenas ao longo do tempo se verificam as mudanças de comportamentos e a motivação para alterar as condutas de vida. Dizem ainda que, apenas com a realização sequencial destes projectos e a sua efectivação com intensa continuidade, se fornecem as informações necessárias de maneira que não sejam obnubiladas e sem efeitos práticos.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Realizada a apresentação e análise interpretativa dos dados no capítulo anterior, apresenta-se agora, na primeira parte deste capítulo, a discussão dos resultados dos inquéritos por questionário e, na segunda parte, a discussão dos resultados dos inquéritos por entrevista.

4.1. Inquéritos por Questionário

4.1.A. Perfil Sócio-Demográfico da População Estudada

Os determinantes da saúde são fundamentais para se compreenderem os comportamentos que se adquirem para valorizar a saúde. Estes determinantes são vários e estão interligados entre si e para aprofundar o perfil sócio-demográfico apenas interessou discutir alguns de carácter biológico, tais como, o género e a idade, outros de carácter ambiental e condições de vida, como o ano de escolaridade, residência com a família e apoio familiar.

É importante lembrar que as diferenças biológicas interagem sempre com os modelos de socialização que apoiam a construção do género (Prazeres, 2003). *“O género é o conjunto de características e comportamentos que é atribuído ao sexo masculino e ao feminino pela sociedade e que tem a ver com crenças que definem o que é masculinidade e feminilidade”* (Pereira e Freitas, 2001:14).

Os rapazes e as raparigas comportam-se de maneira diferente, assim como diferentes são as respectivas disposições, atitudes e formas de processamento da informação. Disposições para formas específicas de comportamento e competências são biologicamente influenciadas, enquanto que as competências e as expectativas específicas de género são adquiridas através da socialização.

Segundo constata a Resolução do Conselho e dos Representantes dos Governos dos Estados-Membros de 2008, os homens e as mulheres jovens vêem-se confrontados com situações diferentes no que diz respeito à sua saúde e bem-estar e, por conseguinte, deve-se ter em consideração as questões de género na abordagem da saúde dos jovens.

O masculino e o feminino são tidos como um dos princípios fundamentais da natureza e crê-se que é possível estabelecer um conjunto de

qualidades psíquicas correspondentes a um e a outro sexo, “...as diferenças naturais oferecem um elevado grau de plasticidade, como a forma de disposições inatas e de tendências de comportamentos, próprias de um e outro sexo” (López, 2000:26).

A população estudada não se diferencia no número quanto ao género. Estes apresentam-se em igualdade numérica mas, contudo, sabe-se que a determinação do masculino e do feminino, socioculturalmente está baseada em aspectos psicobiológicos diferenciados, onde se destaca o desenvolvimento através da educação: “A personalidade diferencial de cada sexo e os papéis sociais em função do sexo, transmitem-se através do processo de socialização, mediante a imitação e também através do jogo, interiorizando tanto os modos correctos como os incorrectos e censuráveis, e aprendendo os mecanismos de controlo social...” (López, 2000:28).

Entre os factores demográficos, a idade tem um importante papel não só porque “são os que mais utilizam os serviços de saúde a par dos idosos, o que é totalmente razoável já que são as etapas da vida com maior incidência de problemas de saúde...” (Jiménez, 2001:412) e também porque quando se investiga o tema educação para a saúde, consideram-se as faixas etárias mais baixas decisivas para se obterem resultados eficazes. As crianças e jovens em idade escolar vão assumindo comportamentos, sobretudo ao nível do estilo de vida que se prolongam ao longo da sua vida. Grande parte dos factores prejudiciais ligados ao estilo de vida são adquiridos em idades muito jovens, o que quer dizer que se conseguirmos alterar esta situação estaremos a contribuir para uma inversão das tendências.

Os jovens durante o seu desenvolvimento e expectantes com a beleza da vida, se adquirirem contacto com experiências positivas para o estilo de vida, podem torná-las numa conduta habitual. No ciclo da vida, a juventude constitui “...no ciclo biológico, um período de transição particularmente importante... contínuas modificações físicas e psicológicas... no ciclo psicológico o desenvolvimento implica uma complexa interacção de experiências derivadas de situações internas e externas que parecem estar ligadas, de alguma maneira, tanto à idade como às expectativas sociais...” (Donati, 1994: 76, 86).

Os alunos inquiridos são todos jovens e a idade a que correspondeu um maior número de alunos é a dos 12 anos (26,21%) e imediatamente a seguir é a dos 11 anos (19,9%). As outras idades são representadas por diferentes valores.

Os alunos com 16 e 17 anos apresentam um valor menor (0,97%) em relação a todas as outras idades, porque é uma Escola do Ensino Básico em que as idades normalmente rondam entre os 10 e os 14 anos de idade.

Segundo sublinha a Resolução de 2008 do Conselho e dos Representantes dos Governos dos Estados-Membros, existem interacções fortes entre a saúde e o bem-estar dos jovens, por um lado, e a sua inclusão social e o seu nível de educação, por outro lado. Neste estudo são jovens no período da escolaridade obrigatória e o maior número de alunos frequenta o 6º ano (26,7%), seguindo-se o 5º ano de escolaridade (24,27%).

Durante o período escolar a maioria dos alunos vive “Com os pais em casa” (92,48%), o que é considerada uma situação comum e natural, uma vez que “... *há uma necessária dependência “biológica” do indivíduo com o grupo familiar...no ciclo social tem uma fase de dependência legal que dura até alcançar a maior idade (18 anos) ...*” (Donati, 1994: 76, 81).

Há ainda a referir 2,18% dos alunos que vivem “Com outros familiares fora de sua casa”, 2,67% “Com colegas num lar” e 2,67% referiram que durante o período escolar vivem no Abrigo de S. José.

Relacionando as variáveis a *idade dos alunos e com quem vivem durante o período escolar*, verifica-se que o maior valor incide “*com os pais em casa*”, ou seja, em qualquer das idades a maioria habita com os pais.

No Auxílio que o Aluno tem Durante os Estudo os valores são muito aproximados para o “Sim” (50,73%) e para o “Não” (49,27%), contudo o maior número é dos alunos que referem que são auxiliados durante o estudo, apenas com uma diferença de 4 alunos.

Daí a indispensabilidade em valorizar que 49,27% dos alunos afirmam que não são auxiliados, o que traduz um valor significativo, quando o que se pretende é que todos os jovens sejam apoiados e com bases familiares sustentáveis. É neste sentido que a infância e a adolescência constituem momentos ideais para que os pais executem actividades partilhadas com os filhos, transformando-as em exploração de temas ou outras acções

subjacentes e, naturalmente, na promoção da saúde e trajectórias de vidas saudáveis.

O apoio é uma função básica da família. Esta deve proporcionar a todos os seus membros qualquer tipo de auxílio de que necessitem, *“O apoio nasce do sentimento de pertença à família, de saber que compartilha, como grupo, crenças, projectos e afectos comuns. Esta ajuda pode ser económica, afectiva instrumental, informativa, etc.”* (Jiménez, 2001:303).

Na relação da variável *a idade*, com a variável *o auxílio no momento do estudo*, verifica-se que são dependentes e constata-se que aos 10, 11 e 12 anos de idade é quando os alunos *são auxiliados por outra pessoa quando estudam*, apesar de se registar também nestas idades um valor significativo de alunos que *não são auxiliados no estudo*. Nos 108 alunos com 12 anos, 58 alunos são ajudados e 50 não são ajudados no momento do estudo; aos 13, 14, 15 e 17 anos o valor mais atribuído é para o *não são auxiliados no momento do estudo*.

Não existe diferença expressiva entre o *género masculino* e o *género feminino quanto ao auxílio no momento do estudo*. Na relação da variável *género* com a variável *o auxílio no momento do estudo* verifica-se que são independentes O género masculino tem um valor ligeiramente superior (6 alunos) do género feminino na ajuda no momento do estudo.

Quanto à *“necessidade em falar sobre temas de saúde com outras pessoas”*, verifica-se que o maior número de alunos refere que *“Não”* sentem essa necessidade (61,65% alunos).

Justifica-se este resultado com os processos psicofísicos que se dão na adolescência. Estes podem produzir por vezes um distanciamento dos filhos em relação aos pais e outros adultos, *“tendem a produzir, por sua própria natureza, um certo isolamento dos jovens com respeito aos adultos, incluindo os próprios pais, como parte de um processo de descobrimento da sua própria identidade, e de afirmação no mundo exterior...”* (López, 2000:155).

Na relação das variáveis *a idade* e a *necessidade em falar sobre assuntos de saúde com outras pessoas*, constata-se que são dependentes e é transversal a todas as idades os alunos não sentirem necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais, ou outros familiares. No cruzamento com a variável *género*, também são dependentes e é o *masculino*

que menos sente necessidade em falar sobre assuntos de saúde com outros: 140 alunos referem que não sentem essa necessidade e 66 alunos mencionam que sentem necessidade em falar sobre temas de saúde. No *género feminino* também é a *não necessidade em falar sobre matérias de saúde* que contabiliza o maior valor (114 alunas), mas essa necessidade está presente em 92 alunas. Na *relação entre a necessidade em falar sobre assuntos de saúde e a importância dada ao ensino* as variáveis são dependentes e constata-se que a maioria dos alunos consideram *importante que lhes seja ensinado assuntos relacionados com estilos de vida saudável*, no entanto, estes mesmos alunos referem que *não costumam sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais ou outros familiares*.

Os jovens têm hoje mais dificuldade em falar com os pais e sentem-se menos apoiados pelos professores, ao contrário da relação com os colegas, onde se mantém a percepção da qualidade da relação. Este facto suscita preocupações; estarão cada vez mais os adolescentes entregues a si próprios e aos seus grupos? (Matos *et al*, 2006).

4.1.B. Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde na Escola em Estudo

O maior número de alunos (82,77%), refere que a informação de que necessitam relacionadas com saúde, estilos de vida saudáveis e bem-estar lhes é fornecida “Em casa pelos pais”, o que vem reforçar a afirmação da Organização Mundial de Saúde: *“Muitos dos comportamentos relacionados com a promoção da própria saúde são aprendidos no contexto familiar durante os primeiros anos de vida, onde os pais e os familiares mais próximos funcionam como modelos”* (OMS, 2001).

Segundo constata a Resolução de 2008 do Conselho e dos Representantes dos Governos dos Estados-Membros, os pais desempenham um papel vital para o bem-estar e para o ambiente saudável dos jovens.

Na realidade, a família constitui-se como uma *“fonte primária de muitas das crenças e da maior parte da informação que sobre a saúde possuem as pessoas”* (Jiménez, 2001:300), cuja influência se faz sentir ao longo de toda a

vida do indivíduo, de forma positiva ou negativa, sendo o factor mais determinante, quer ao nível da saúde, quer ao nível do bem-estar dos jovens.

Mas tal como já foi referido, o surgimento da adolescência implica simultaneamente um certo afastamento da segurança do meio familiar, associado a uma gradual aproximação para experiências exteriores. Esta disjunção da família, associada ao anseio de informação, apropriado nesta fase da vida, conduz à descoberta dos conhecimentos através de outras vias. Assim, aparece na segunda posição a “Comunicação social” (57,04%), uma das fontes também mais procurada pelos alunos para obter a informação de que necessitam relacionadas com saúde, estilos de vida saudáveis e bem-estar.

Neste contexto, entende-se por meios de comunicação social, a televisão, o rádio e os jornais. Dos três meios enunciados, sem dúvidas que a televisão é a que mais se destaca em termos de audiências, *“A maioria dos estudos realizados nos países ocidentais, revelam que as crianças se convertem em utilizadores habituais da televisão ente os 2 e os 4 anos... permanecendo uma a duas horas diárias em correspondência visual e verbal com a televisão... o tempo dedicado à televisão vai aumentando à medida que aumenta a sua idade”* (López, 2000:180).

McLuhan (1979) considera que os *media* são extensões dos sentidos do homem e das suas funções. Defendia que os *media* alteram a relação do homem com o seu meio envolvente. Na televisão, por exemplo, não interessa tanto o programa em si mas o modo de recepção, totalmente diferente de outros modos (como o livro, a Escola ou o museu) (Santos, 2003).

No sentido de superar o olhar reducionista sobre a questão da influência da televisão sobre os jovens, desta ser positiva ou negativa, propõe-se um olhar abrangente, partindo-se do princípio que a televisão na sociedade e na vida do jovem é um facto, sendo, portanto, necessário ser avaliada como tal, a fim de se apontar possibilidades e alternativas (Gonçalves, 2003).

Também na “Escola pelos Professores”, os alunos (53,40%) referem que colhem informações sobre saúde. Examinando o resultado chegou-se à conclusão que como esta Escola integra vários projectos no âmbito da saúde, os alunos procuram os professores para obter respostas às suas dúvidas, *“Na dimensão psico-social da escola os professores são figuras de referência para*

os alunos, o clima depende deles em grande medida. Os professores satisfeitos geram à sua volta um clima estimulante, de confiança e de responsabilidade, são criativos... acreditando que esta vertente é indispensável à vida” (Navarro, 1999:25).

O Plano Nacional de Saúde Escolar destina-se a toda a comunidade educativa dos Jardins-de-infância, das Escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário e instituições com intervenção na população escolar e os professores devem ser os agentes centrais para iniciar o processo, conduzir as actividades e complementar as informações que paralelamente outros profissionais vão trabalhando com os alunos.

“Através da Internet” (33,98%) é outro dos meios utilizados pelos alunos para obterem as informações de que precisam. “A Internet foi considerada por todos o local onde recorriam sempre que queriam saber mais sobre sexualidade” (Pereira, 2008:54).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (2009), no primeiro trimestre de 2008, 96,6% dos indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 15 anos utilizaram computador e 92,7% Internet. De 2005 a 2008, observa-se na faixa etária dos 10 aos 15 anos um aumento na proporção de utilizadores de computador e Internet, destacando-se a utilização da Internet (que passou de 73,5% para 92,7%). Refere ainda a mesma estatística que 45% destes alunos o fazem em equipamentos existentes em suas casas.

A proporção de jovens que utilizou computador em actividades associadas ao lazer é também bastante elevada, passando de 84,3% em 2005, para 89,1% em 2008. Relativamente ao acesso à Internet, também as actividades de comunicação registaram um aumento acentuado, passando de 57,0% para 82,2%, enquanto que as actividades como jogar ou fazer *download* de jogos, imagens, música ou vídeos passaram de 71,5% para 64,7% entre os utilizadores de Internet com idade entre 10 e 15 anos.

A utilização da Internet para ler jornais, revistas ou livros; para ouvir rádio ou ver televisão; e para pesquisar informação sobre saúde são actividades que representam cerca de 1/3 das preferências dos jovens utilizadores.

Entre 2005 e 2008, a proporção de indivíduos dos 10 aos 15 anos que utilizaram Internet aumentou de forma significativa em todas as regiões,

observando-se assim, em 2008, uma aproximação à média nacional (92,7%). Na região Centro passou de 57,0% em 2005 para 85,2% em 2008 (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

Estes números se, por um lado, indicam uma evolução tecnológica muito satisfatória, por outro obrigam-nos a constatar que um número cada vez maior de jovens está sujeito não só aos aspectos positivos da Internet mas também àquilo a que já se chama o seu "lado negro" ou seja os *sites* que contêm referências a pornografia, violência ou promoção de drogas e álcool.

Igualmente a participação em formas de discussão nos *blogs* e o envio de dados pessoais tem servido para aliciar crianças para redes de pedofilia.

Esta situação, que é real e preocupante, obriga a uma permanente atenção dos educadores que agora dispõem para os ajudar de *software* para filtragem de conteúdos. Demonstrando que o problema é já universal a "*Internet Content Rating Assotiation*", organização que congrega algumas das maiores companhias mundiais de serviços na Rede, disponibiliza, gratuitamente, um *software* de filtragem de conteúdos.

Um estudo realizado pela consultora Mediapro em nove países europeus revela resultados equivalentes aos do Instituto Nacional de Estatística. Este relatório Mediapro apresenta os resultados quantitativos e qualitativos, reunidos pela equipa portuguesa, dos questionários aplicados em Setembro de 2005. Os resultados deste estudo foram divulgados em Bruxelas, num encontro sob o tema "Apropriação dos Novos *Media*".

O estudo pretendeu traçar o perfil dos jovens entre os 11 e os 19 anos de idade em Portugal, na utilização e apropriação dos novos meios de comunicação (Internet e telemóvel) e concluiu que os adolescentes utilizam a Internet, maioritariamente a partir de casa, sem qualquer supervisão dos pais, não tendo restrições quanto ao tempo que passam *online* nem quanto aos conteúdos a que acedem. Quando há uma restrição por parte dos pais, esta é em termos de limitação do tempo que os jovens passam na *web*, nomeadamente em época de testes ou exames, não havendo uma limitação quanto aos conteúdos que consultam ou actividades que desenvolvem. 77% dos alunos afirma que os seus pais nunca os proíbem de aceder a salas de *chat*, 80% afirma que os seus pais nunca os proíbem de utilizar o e-mail e 76% são livres para jogar jogos com vários jogadores. A posse de telemóvel entre

os alunos inquiridos é significativamente alta (92,8%) e aumenta com a idade. Ainda assim, os pais controlam a utilização da Internet mais frequentemente do que a utilização do telemóvel. A nível geral, 91% dos jovens afirma que os pais os deixam telefonar a quem querem (Mediappro, 2005).

Os “Profissionais de Saúde” são também indicados pelos alunos (30,58%) como fonte de informação de que necessitam relacionadas com saúde, estilos de vida saudáveis e bem-estar. É comum que nas deslocações dos profissionais de saúde às Escolas os alunos inquiram sobre saúde. Estes têm uma acção fundamental e de responsabilidade na informação transmitida aos jovens.

Os técnicos das equipas de saúde escolar são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006).

A importância das funções leva a que esteja decretado o número de horas para esses contactos. *“A equipa nuclear de saúde escolar deverá ser composta por médico e enfermeiro, na base de 24 horas/semana por cada grupo de 2500 alunos (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006:7).*

Também houve alunos que referiram “Os livros” (26,94%) e as “Revistas” (16,26%) na aquisição da informação. O desenvolvimento de competências nos domínios da leitura e da escrita, bem como a criação de hábitos de leitura nos alunos, são os grandes objectivos do Plano Nacional de Leitura, que foi implementado no ano lectivo de 2006/2007.

Os resultados da avaliação efectuada em 2003 relativos aos níveis de leitura revelaram que Portugal se encontra numa situação muito desfavorável, com 48% dos alunos nos patamares inferiores (um e dois), numa escala de cinco níveis.

Neste contexto, este plano pretende estimular o prazer de ler nas crianças e nos jovens, intensificando o contacto precoce com os livros e a leitura na Escola, designadamente nas salas de aula e nas bibliotecas escolares.

Este estímulo à leitura é positivo e trará certamente benefícios futuros e quem sabe, orientar os alunos para a procura de bons livros, motivando-os

também para a pesquisa bibliográfica em matéria de informações para a sua promoção da saúde e conseqüente equilíbrio e bem-estar, uma vez que os resultados deste estudo indicam que a procura de informação nos livros está em sexto lugar em oito opções.

“Na Escola com Outros Colegas” surge em último lugar (13,83%). Poucos são os alunos que optam pelos colegas para se informarem sobre assuntos de saúde.

Num estudo realizado por Gaspar (2006), sobre “educação para a saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação”, a alunos do ensino secundário, os pares surgiram em primeiro lugar, seguindo-se a informação audiovisual e em último a família. Estas são as fontes de informação de saúde mais reconhecidas pelos estudantes, e a Escola e a comunidade em sentido lato são as menos reconhecidas (Gaspar, 2006).

Pensa-se que a diferença de resultados tem origem na faixa etária dos alunos. No estudo de Gaspar (2006) os alunos encontram-se em plena adolescência, fase em que o processo de crescimento e amadurecimento faz-se sozinho, com o melhor amigo, com e contra os pais, com os outros adolescentes e com os outros adultos (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Fazendo a analogia dos resultados encontrados no estudo que se está a apresentar, com o realizado noutras duas Escolas Portuguesas, uma pública e outra privada, por Pereira (2008), efectuado a alunos do 8º ano de Almada e Amadora, apurou-se que os alunos destas duas Escolas quando inquiridos sobre fontes de informação, mostraram preferência pela Internet (79%). Em segundo lugar aparece a televisão como fonte preferencial dos alunos (70,3%). Em terceiro lugar, as opiniões dividem-se: na amostra total preferem falar com um amigo (59,7%), no externato preferem a televisão (68,5%), na Escola pública escolhem o médico (61,9%) (Pereira, 2008).

Comparando os dois estudos nas fontes de informação, constatou-se que, no estudo de Pereira (2008) não aparece a opção “Em casa pelos pais”, na “Escola pelos Professores”, os “Os livros” e as “Revistas”, os quais se mostraram em evidência, principalmente “Em casa pelos pais”, neste estudo. Nota-se a similitude na “Comunicação social” e “Internet”, apesar de no estudo de Pereira (2008) a “Internet” surgir em primeiro lugar.

Estas diferenças poderão estar relacionadas com a localização geográfica. O meio influencia os jovens. Como o meio ambiente é um determinante do estilo de vida, pessoas de uma mesma região geográfica, separados por apenas alguns quilómetros, podem ter estilos de vida completamente diferentes, tanto em relação aos hábitos alimentares como aos de actividades físicas e laborais, principalmente entre os meios rural e urbano em *“... que jovens com as mesmas características (idade, sexo, escolaridade, religião e estrutura familiar) apresentam concepções, percepções e práticas diferentes sobre estilos de vida pelo facto de pertencerem a meio rural ou a meio urbano”* (Gonçalves et al, 2008).

4.1.B.1. Caracterização da População segundo a Realização de Sessões de Educação para a Saúde

O maior número de alunos (72,82%), refere que “Na escola se realizam sessões de educação para a saúde”, “Uma vez por ano”, seguindo-se os alunos que mencionaram “Uma vez por mês” (16,50%). Outros ainda, em menor número, referiram outras variáveis, como: “Duas vezes por semana” (6,07%), “Uma vez por semana” (3,64%) e “De quinze em quinze dias” (0,97%).

Esta divergência de respostas tem a sua explicação no facto das turmas não serem todas abrangidas pelos mesmos projectos, o que redundava em alunos com mais frequência de sessões de educação para a saúde do que outros. Na certeza porém, esta Escola do Ensino Básico com 2º e 3º ciclo, é uma Escola Promotora de Saúde.

A meta 13 do documento *Health for all* descreve a Escola Promotora da Saúde como aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e possui actividades de saúde escolar (Organização Mundial de Saúde, 1999).

“A Escola deve continuar a ser a grande promotora da saúde. No Sistema Educativo, novos desafios se colocam: a par do trabalho de transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, a Escola deve, também, educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia” (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006:2).

Nos Temas Mais Frequentes abordados na Escola, o maior número de alunos (85,19%) menciona que o assunto mais repetido é a “Alimentação Saudável”. Segue-se por ordem decrescente a “Higiene Oral” (60,19%), o “Tabagismo/ Alcoolismo/ Toxicodependência” (46,36%), a “Sexualidade” (40,05%), a “Saúde Ambiental” (38,11%), as “Medidas Específicas para Prevenir Doenças” (28,88%), a “Higiene Corporal/Vestuário” (14,81%) e por último a “Cidadania” (11,41%).

Segundo constata a Resolução do Conselho e dos Representantes dos Governos dos Estados-Membros de 2008, embora o estado de saúde dos jovens na Europa seja globalmente satisfatório, certos domínios suscitam especial preocupação, nomeadamente no que toca à alimentação, à actividade física, ao consumo de álcool, à saúde sexual e mental. Convém prestar particular atenção à promoção de um modo de vida saudável e a medidas de prevenção, em especial nos domínios da sexualidade, do abuso do álcool, do consumo de drogas, do fumo, dos desequilíbrios alimentares, da obesidade, da violência, dos jogos de azar e da dependência das tecnologias da informação e da comunicação.

Para o Programa Nacional de Saúde Escolar os Projectos Prioritários de Promoção da Saúde são:

“1. Saúde Mental. Os projectos de Promoção da Saúde Mental baseiam-se no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, aumento da resiliência, promoção da auto-estima e da autonomia e visam prevenir comportamentos de risco.

2. Saúde Oral.

3. Alimentação Saudável.

4. Actividade Física.

5. Educação para o Ambiente e a Saúde.

6. Promoção da Segurança e Prevenção dos Acidentes.

7. Saúde Sexual e Reprodutiva e Prevenção das Doenças Transmissíveis.

8. Prevenção do Consumo de Substâncias Lícitas.

9. Prevenção do Consumo de Substâncias Ilícitas.

10. Prevenção da Violência Escolar e do Bullying.

11. *Educação para o Consumo*” (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006:22).

A Escola está ciente da responsabilidade em promover a saúde dos alunos e da indispensabilidade dos conhecimentos em saúde e antecipadamente faz uma avaliação das necessidades dos alunos em informação sobre esta área fundamental para o equilíbrio dos jovens.

Os alunos mencionam a “Alimentação saudável” numa maior frequência e na realidade é um âmbito problemático e bastante trabalhado com os alunos, mas todas as outras temáticas encontradas na avaliação como carenciadas não são deixadas por realizar, até porque o projecto que existe na Escola “Crescer com Saúde” que é uma continuidade do “Projecto Despertar para o Bem-Estar II” e do “Projecto Bem-Estar I”, integra várias actividades de cariz lúdico-didáctico-educacional no âmbito da saúde e cidadania. Como por exemplo: tabagismo, educação sexual, exercício físico, higiene geral, etc.

A relação entre as variáveis *realização de ensinios na escola e o gosto por esses momentos* é de dependência e revela que a maioria dos alunos refere que fazem ensinios na Escola e que gostam desses momentos. São 48 os alunos que referem *não gostar dos momentos em que lhes é fornecida informação sobre estilos de vida saudável*.

Os alunos que gostam dos momentos em que lhes é fornecida informação sobre estilos de vida saudável são em maior número (88,08%), mas há a referir que também existem aqueles alunos que não gostam dessas oportunidades de aprenderem sobre saúde (11,92%).

A maioria dos alunos (81,55%) “Compreendem as informações que lhes transmitem”. Também surgem, mas em menor número (18,45%), aqueles que Não “Compreendem as informações que lhes transmitem”.

Aqueles que mencionam que não compreendem as informações que lhes transmitem (18,45%) aludem como causas: em primeiro lugar “Porque utilizam termos (palavras) que não conhece” (54,32%), seguindo-se “Porque não utilizam recursos (filmes, cartazes, etc.)” (20,99%), “Porque fazem o ensino à pressa” (11,11%), “Porque não permitem diálogo aberto” (8,64%) e nas outras situações (4,94%) alguns mencionam o facto de haver “barulhos” e “colegas a distrai-los”. Estes, apesar de aparecerem numa percentagem pequena, servem também para se reflectir nos motivos indicados. São algumas

as razões referenciadas, entre as quais o discurso rápido, a aplicação de palavras que não conhecem, a não utilização de recursos (filmes, cartazes, etc.) e o conteúdo deve ser apresentado de uma maneira clara e rigorosa (Potter e Perry, 2003) e ser conjugado com recursos didácticos, como filmes, fotos, folhetos, apresentações audiovisuais, demonstrações de técnicas ou até aprendizagem assistida por computador (Black e Matassarini-Jacobs, 1996). As técnicas de fornecimento de informação a utilizar dependem do estágio de desenvolvimento e tornam o processo de aprendizagem mais activo e estimulante (Potter e Perry, 2003).

Não se pode ignorar alunos que não compreendem as informações. Outros estudos referem que o reconhecimento das fontes de informação de saúde, a auto-percepção do impacto dessa informação e as práticas e comportamentos dependem do género, idade, local de residência, nível de ensino e da frequência de actividades relacionadas com a saúde na Escola. Os resultados realçam a importância de serem tomadas em consideração estas diferenças na escolha das melhores estratégias para a divulgação da informação, incrementação de níveis mais elevados de literacia em saúde e criação de grupos de trabalho motivantes e efectivos nos desígnios da promoção da saúde (Gaspar, 2006).

A relação entre as variáveis *compreensão das informações dadas nos ensinamentos e o gosto por esses momentos* são dependentes e indica que a maioria dos alunos *gosta do momento em que lhes é fornecida informação sobre estilos de vida saudável* e que simultaneamente *compreendem as informações que lhes transmitem*. Tem que se evidenciar também aqueles 56 alunos que referem que gostam mas não compreendem as informações e ainda os 30 alunos que apesar de não gostarem dos momentos em que lhes é fornecida informação, a compreendem.

Caracterizando as acções de Promoção da Saúde realizada na Escola e no contexto da intervenção de Saúde Escolar, as actividades de apoio à promoção de um ambiente seguro e saudável deverão ser dirigidas para consciencializar a comunidade educativa para a vulnerabilidade das crianças face aos riscos ambientais que constituem as principais ameaças à sua saúde, nomeadamente: poluição atmosférica, saneamento inadequado, ruído, químicos perigosos, radiações e campos electromagnéticos, entre outros, e as

formas de os reduzir e envolver os jovens nos projectos de Educação para o Ambiente e a Saúde (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006).

Assim, quanto há existência de caixotes diferenciados para o lixo para posterior reciclagem, os resultados apurados nos inquéritos são aproximados para o “Sim” (50,36%) e para o “Não” (49,64%), porque de facto existem os caixotes para o lixo diferenciados, mas só nos corredores, não existindo os mesmos nas salas de aulas. Assim os alunos que responderam “Não” estavam a referir-se aos das salas de aulas.

O maior número de alunos (64,56%) menciona que “No bar da escola não existem alimentos não saudáveis” e que “Nas refeições da cantina da escola evitam os alimentos não saudáveis” (81,51%).

A intervenção em saúde escolar consiste também em *“Avaliar as condições de Segurança, Higiene e Saúde nos Estabelecimentos de Educação e Ensino, incluindo cantinas, bares e bufetes e espaços de jogo e recreio”* (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006:13).

Após observação que se efectuou ao bar e produtos aí expostos para venda constatou-se que os géneros alimentícios são benéficos e apropriados para um consumo saudável. Quanto à cantina, as refeições incluem sempre sopa, vegetais, legumes, fruta, cereais, peixe ou carne. Evitam os fritos e privilegiam as ervas aromáticas em detrimento do sal e das gorduras.

A grande maioria dos alunos (91,75%) menciona que “Há actividades que incentivam a prática desportiva e o exercício físico” e que “Há actividades que incentivam as boas maneiras, o companheirismo, a solidariedade, etc.” (74,63%).

“Uma Escola Promotora da Saúde assenta em três vertentes – currículo, ambiente e interacção escola/família/meio. O desenvolvimento destas vertentes e a implementação destes princípios permitem capacitar os jovens para intervir na mudança e conduzem ao exercício pleno da cidadania, pelo que deve ser uma prioridade de todos os governos.

Todas as escolas deverão ser promotoras da saúde. No entanto, uma escola que pretenda integrar a Rede de Escolas Promotoras da Saúde deverá distinguir-se pela inovação, cultura de desenvolvimento individual e organizacional, bem como pela

implementação efectiva dos princípios e das práticas da promoção da saúde, devendo, para isso, criar mecanismos de avaliação do processo” (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006:3).

Pode-se concluir pela observação, estudo, conversas formais e informais que ao longo da investigação se foram realizando com a Directora e professores da Escola e através dos resultados dos inquéritos aos alunos que de facto é uma Escola preocupada com a promoção da saúde. Desenvolvem práticas de educação para a saúde, nomeadamente, projectos bem alicerçados e com base na vontade de ver os jovens crescer saudavelmente, assim como outras actividades desportivas, lúdicas e desafios à formação total e equilibrada dos alunos.

4.1.C. Conhecimentos Adquiridos, sua Aplicação, Motivação e Interesse Revelado para ter Hábitos de Vida Saudáveis

É assente que actualmente o adolescente passa a maior parte do seu tempo na Escola e que este é um ambiente privilegiado para a realização de aprendizagens que promovam a saúde. Reforça-se novamente uma citação já veiculada de que uma Escola Promotora de Saúde deve ser considerada como fonte de desenvolvimento de atitudes e comportamentos orientados para a promoção da saúde e bem-estar (OMS, 2001). Na prática, se esta fonte de desenvolvimento manifestar eficácia e perseverança, naturalmente que pela parte dos alunos haverá correspondência e decididamente adoptarão mais cedo ou mais tarde disposições positivas face aos comportamentos de saúde: “água mole em pedra dura...” (provérbio popular).

Assim, nesta Escola Promotora de Saúde, o maior número de alunos (86,83%) referem que “Aplicam na vida diária os conhecimentos adquiridos” e conseqüentemente “Consideram que têm bons hábitos de vida” (84,47%).

A relação de variáveis, entre os *hábitos de vida com a aplicação de conhecimentos adquiridos* são dependentes e mostra que a maioria dos alunos, *aplicam na vida diária os conhecimentos adquiridos* e simultaneamente *consideram que têm bons hábitos de vida para se manterem saudáveis*. Existem os que não consideram ter bons hábitos de vida para se manterem

saudáveis e o interessante é que dos alunos que referem não aplicar na vida diária os conhecimentos adquiridos, alguns mencionam que têm bons hábitos de vida. É um paradoxo: no seu quotidiano não adoptam os saberes alcançados, mas depois referem que são detentores de costumes salutareos. A adolescência é também isto mesmo: o tempo de tomar decisões sem pedir opinião, ser independente e contraditório (Prazeres, 2003).

Os resultados evidenciam que os alunos aplicam na vida diária os conhecimentos adquiridos, referem eles que: “Se preocupam em ter atitudes que beneficiam o meio ambiente” (86,13%), que “Não fumam cigarros” (91,50%), que “Não bebem bebidas com álcool” (77,91%), que “Se preocupam em separar os lixos” (71,12%), que “Praticam exercício físico para além das aulas de educação física na escola” (85,40%) e que “Fazem a higiene do corpo, dos dentes e do vestuário diariamente” (97,33%).

Neste leque de acções de vida diária, a única excepção, isto é, aquela em que os alunos referiram não realizar correctamente, é a alimentação. Esta é a questão onde a maioria dos alunos (65,05%) referem que “Consumem alimentos pouco saudáveis”. A relação entre as variáveis *hábitos alimentares e a aplicação dos conhecimentos adquiridos* é de dependência.

A intervenção sobre os comportamentos alimentares e particularmente a abordagem do excesso de peso, sobretudo entre as crianças e jovens é uma urgência de saúde pública. Por este motivo, a Escola tem um projecto “Pró-lúdico”, em protocolo com o Centro Hospitalar da Cova da Beira, que engloba actividades sobre “obesidade infanto-juvenil”.

A alimentação das crianças depende, principalmente, dos adultos, embora esse processo decresça à medida que estas vão desenvolvendo os seus próprios processos de autonomia e começando a emancipar-se. Assim, iniciam e dão continuidade às suas próprias escolhas, seleccionando aquilo que mais lhes agrada para a nutrição.

Os alunos *“Atribuem alguma responsabilidade aos pais pelos seus hábitos alimentares... têm práticas alimentares incorrectas e sabem o que é uma alimentação saudável mas não a praticam, mesmo sabendo os perigos que correm em termos de saúde continuam a praticá-la, dando mais importância ao paladar dos alimentos pouco saudáveis que consomem”* (Fernandes et al, 2007:20).

Ao longo da vida, vários tipos de influência vão decidindo as preferências alimentares, tendo a cultura um papel importante. A Escola acentua-se como um espaço favorável ao desenvolvimento do processo educativo e da promoção da saúde das crianças, adolescentes e jovens, pois é lá que consomem muitos alimentos, sendo o segundo local mais usado para comer depois da habitação (Rodrigues, 2000).

Aprender, desde cedo, a apreciar os bons alimentos e a distinguir os que fazem bem dos que fazem mal, é sem dúvida uma maneira de formar adultos autónomos e capazes de conseguirem gerir a sua saúde, através da adopção de comportamentos alimentares adequados, *“são os pais, os professores, os vizinhos, os proprietários de casas de comida, os idosos, entre outros, que poderão contribuir para uma nova dimensão do tempo, um novo olhar sobre as coisas pequenas mas saborosas, um recriar das tradições que recheiem o mundo de significado e favoreçam o progresso em vários domínios, nomeadamente do reaprender a estar à mesa, a partilhar com os outros, a ter capacidade crítica construtiva, a desempenhar uma cidadania activa”* (Loureiro, 2004:47,48).

Não se pode abdicar de uma reflexão sobre aqueles alunos que responderam negativamente quando foram questionados se aplicam na vida diária os conhecimentos adquiridos. Apesar de serem em menor número, não prescindem de preocupação, pois 35 alunos mencionam que fumam cigarros *“...é possível prevenir o consumo de tabaco através de programas contínuos e bem implementados”* (Precioso, 1999:180); 91 alunos referem que bebem bebidas com álcool *“Os problemas do uso do álcool na adolescência oscilam entre a experiência repetida do exagero e o pólo da dependência que se faz acompanhar do seu efeito devastador...”* (Duarte, 1999:212); 119 alunos apontam que não se preocupam em reciclar os lixos, 57 alunos afirmam que não se preocupam em ter atitudes que beneficiam o meio ambiente, 60 alunos indicam que não praticam exercício físico e 11 alunos referem que não fazem a higiene corporal diariamente. A adolescência é, por excelência, o tempo de aquisição de novos comportamentos, *“...os usualmente designados “comportamentos de risco” representam, assim, verdadeiras “condutas de ensaio...”* (Prazeres, 2003:30), este fenómeno comporta muitas vezes riscos,

pela adopção de práticas que colocam em causa a saúde e bem-estar do adolescente e do futuro adulto.

Em termos de desenvolvimento cognitivo a adolescência acarreta a capacidade de reflectir sobre conceitos abstractos, permitindo ao adolescente pensar e ver o mundo de forma diferente, questioná-lo, desenvolver regras e valores pessoais e é por isso, também, uma época indispensável para a aprendizagem de comportamentos promotores da saúde, mas *“As pessoas ainda que confrontadas com comportamentos de risco não gostam muito de ser pressionadas para a mudança, por outro lado, apesar de conhecerem o risco persistem e resistem no comportamento de rotina”* (Guias de educação e promoção de saúde, 2001:8).

Cruzando as variáveis e analisando a relação *entre o hábito de fumar e a aplicação dos conhecimentos adquiridos*, verifica-se que são dependentes e a maioria dos alunos referem que aplicam *na vida diária os conhecimentos adquiridos* e que *não costumam fumar cigarros*. Deste grupo há os que afirmam que apesar de aplicarem os conhecimentos adquiridos fumam cigarros (14 alunos). Existem também alguns alunos que não aplicam os conhecimentos adquiridos e não fumam. O maior número dos que fumam (21 alunos) estão englobados naqueles que não aplicam os conhecimentos adquiridos.

Quanto à relação *entre o hábito de beber álcool e a aplicação dos conhecimentos adquiridos*, são dependentes e tal como na análise anterior, a maioria dos alunos referem que aplicam *na vida diária os conhecimentos adquiridos* e que *não costumam beber bebidas com álcool*. Deste conjunto de alunos há os que confirmam que apesar de aplicarem os conhecimentos adquiridos costumam beber bebidas com álcool (62 alunos). Dos alunos que não aplicam os conhecimentos adquiridos há 29 alunos que declaram que bebem bebidas com álcool. Como se pode verificar, é nos que referem aplicar os conhecimentos adquiridos que se encontra o maior o número dos alunos que bebem bebidas com álcool.

A relação *entre a preocupação com o meio ambiente e a aplicação dos conhecimentos adquiridos*, é de dependência e verifica-se que a maioria dos alunos afirmam que *na vida diária se preocupam em ter atitudes que beneficiam o meio ambiente*. Mas existem 57 alunos que não se preocupam

com o meio ambiente e ainda neste contexto, 119 alunos referem que não se preocupam em reciclar os lixos.

Quanto às preocupações ambientais dos jovens, é verdade que as novas gerações se mostram mais sensíveis à questão ambiental e à ideologia que a sustenta. Como têm acesso a muito mais informações absorvem mais rapidamente as concepções da moda. Mas estará o comportamento dos jovens, em termos globais, em concordância com esta ideologia? Falam muito em ambiente mas não querem abdicar de um estilo de vida muito poluente.

É necessário pensar que os jovens de hoje consomem incomensuravelmente mais do que os pais consumiam quando eram jovens. Em todos os aspectos. Consomem mais roupa, mais alimentos, mais tecnologia, entre outras coisas. A defesa do ambiente tem sobretudo a ver com a poluição. Ora, quanto mais consumo houver, mais as indústrias terão de crescer e mais poluição haverá, por melhor que seja a tecnologia usada. Esta é que é a realidade. As novas gerações habituaram-se a consumir muito – e isso terá consequências ambientais tremendas.

Podem fazer-se cimeiras, manifestar-se boas intenções, assinar-se acordos, mas uma coisa a que os homens chamam “progresso” tem muita força e acabará sempre por se impor.

Nas duas situações seguintes a grande maioria dos alunos respondeu afirmativamente. Referem que “Após receberem a informação sobre estilos de vida saudável comentam o assunto com os pais / outros familiares / amigos / colegas” (83,50%) e “Os educadores os incentivam a ter bons comportamentos para terem melhor saúde” (94,17%).

A relação destas variáveis *incentivo para ter bons comportamentos de saúde e o comentário com outros*, é de dependência e revela que a maioria dos alunos *após receberem a informação sobre estilos de vida saudável comentam o assunto com os pais/outros familiares/amigos/colegas e os pais ou outros educadores incentivam-nos a ter bons comportamentos para terem melhor saúde*. Mas também se constata que existem alunos que não comentam a informação recebida (68 alunos) e que não são incentivados a ter bons comportamentos para ter melhor saúde (24 alunos).

Expressam também que “Acham importante o ensino de assuntos relacionados com estilos de vida saudável” (91,97). Os estudantes auto-

percepcionam de forma positiva o impacto da informação de saúde (Gaspar, 2006).

Embora se constate que a maioria dos alunos consideram *importante que lhes seja ensinado assuntos relacionados com estilos de vida saudável, não costumam sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais ou outros familiares*, como já tinha sido referido anteriormente. Existem também alguns alunos que alegam não achar importante que lhes seja ensinado assuntos sobre vida saudável, mas devem capacitar-se os alunos para identificarem os seus problemas e necessidades, utilizarem adequadamente os seus recursos, e promoverem uma vida saudável, e isto implica esforços conjuntos dos vários agentes da promoção da saúde. A forma como os jovens acedem à informação de saúde, e o impacto que esta tem nas suas práticas e comportamentos constitui uma questão de interesse fulcral na área da educação para a saúde.

4.1.D. Identificação de Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida

Os processos de socialização permitem ao adolescente facilitar os lutos da infância e dos pais, adquirir autonomia e construir a sua identidade. Deverão por isso favorecer a sua auto-estima, que para Duclos (2006) consiste num processo que lhe permite tomar consciência do seu valor e preservar este sentimento, que se vai afirmando apesar de todas as suas dificuldades e vulnerabilidades. *“Uma boa auto-estima é, sem dúvida, um factor extremamente positivo que ajuda qualquer um a ultrapassar dificuldades e irá contribuir para a aceitação por parte dos outros”* (Pereira e Freitas, 2001: 37).

A necessidade de autonomia nesta fase da vida é muitas vezes geradora de conflitos familiares, pois questionar a autoridade também faz parte do processo de construção da identidade.

Para Fleming (1997) a concretização da autonomia é conseguida através da aquisição gradual de novos comportamentos, conseguidos para a grande maioria dos adolescentes, à custa da desobediência aos pais. Essa desobediência é mais notória na fase inicial e intermédia da adolescência observando-se a partir dos dezasseis anos uma maior capacidade de realizar a autonomia num ambiente de menor conflitualidade com os pais. Esta

desobediência pode assim ser entendida como um importante factor de maturação, pois permite ao adolescente ganhar distância e criar diferenças face aos pais.

“O ser humano afirma-se em primeiro lugar dizendo “não”, é desta forma que ele diz que é diferente do outro. Depois, quando se sente em segurança e reconhecido nas suas capacidades, pode afirmar-se dizendo “sim”...” (Duclos, 2006:46).

Relativamente à Atracção para Fazer Algo Positivo ou Negativo que Viu num Filme, na Televisão, Ouviu numa Música ou que Leu numa Revista, a maioria dos alunos (73,30%) referem que “Sim, já se sentiram atraídos para fazer algo positivo” e “Não se sentiram atraídos para fazer algo negativo” (65,29%), contudo, é importante realçar que (34,71%) referem que sim, já se sentiram atraídos para fazer algo negativo.

É fundamental que se tenha em conta a crescente importância dada a estas fontes de informação e que se procure compreender que podem levar a comportamentos de risco, especialmente se os jovens se mantiverem sozinhos enquanto recebem informações provenientes da Internet, da televisão e dos amigos. *“Alguns alunos referiram que as séries televisivas influenciavam as decisões que tomavam em relação às suas próprias relações amorosas e que agiam muitas vezes em conformidade com os comportamentos das personagens. Por outro lado, quando estes programas transmitem informações sobre temas associados à sexualidade (contracepção), também se verifica que os jovens adquirem e retêm mais facilmente os conhecimentos, pois identificam-se com as personagens que os transmitem”* (Pereira, 2008.75).

Para que se conquistem proveitos ligados a estas novas preferências dos jovens deve existir um maior controlo da qualidade da informação transmitida através destes meios, assim como uma sensibilização dos pais para poderem pesquisar informação na Internet juntamente com os jovens e assistir em conjunto a séries televisivas. *“A discussão do jovem com os seus pais sobre os temas vistos na televisão, é um meio básico para incrementar a compreensão dos programas e aprofundar as intenções de, por exemplo, dos espaços publicitários”* (López, 2000:184).

A relação entre as variáveis *hábitos de vida e a atracção positiva* é independente e a maioria dos alunos *já se sentiram atraídos para fazer algo*

positivo que viram num filme, na televisão, ouvirem numa música ou que leram numa revista e destes alunos, a maior fracção refere que considera que têm bons hábitos de vida para se manterem saudáveis.

Tem que se valorizar aqueles alunos (34,71%) que referem que sim, já se sentiram atraídos para fazer algo negativo.

Quanto às Situações que Mais Influenciam o Aluno nas Escolhas para Viver o Dia-a-dia, apurou-se que a maioria refere que o que mais os influencia são “Os Pais/Outros Familiares” (65,05%). Já em resultados anteriores verificou-se que também o maior número de alunos (82,77%) refere que a informação de que necessitam relacionadas com saúde, estilos de vida saudáveis e bem-estar lhes é fornecida “Em casa pelos pais”.

Os pais apresentam-se como reguladores essenciais no processo de construção da identidade e autonomia. *“O adulto não pode abdicar das suas responsabilidades parentais e deve procurar manter a autoridade que lhe é inerente, mas é desejável... que proceda de forma justa”* (Pereira e Freitas, 2001:31). Também é importante a existência de uma disciplina adequada e flexível, que permita ao adolescente desenvolver um sentimento de segurança e pertença; esta disciplina deve para tal ser do tipo democrático, onde são definidos os limites e promovida a negociação e o diálogo (Duclos, 2006).

A influência para as opções dos alunos na sua vida diária recai na segunda posição nos “Amigos/Colegas” (63,11%). Os amigos manifestam também uma importância específica nesta fase da vida dos indivíduos (Sprinthall, Collins, 1999). A relação entre o adolescente e o seu grupo de pares é marcada pela intensidade. Esta intensidade pode ser perigosa ou protectora, exigindo que sejam delineados programas de promoção da saúde que tenham em conta as especificidades desta faixa etária, evitando ser demasiado simplistas. Sabe-se que a procura da identidade e de autonomia e a necessidade de pertencer ao grupo leva algumas vezes o adolescente a adoptar comportamentos de risco e a permitir que as decisões dos seus pares decidam as suas opções (Martins *et al*, 2008).

Mas os amigos aparecem como um componente fundamental para o bem-estar e conseqüente ajustamento integral do adolescente, com eles partilham-se sentimentos, identidades e interesses comuns. Os jovens mais felizes são os que estão melhor integrados socialmente, isto é, têm amigos e

têm facilidade de comunicação com estes. Contudo, resultados de outros estudos referem que *“os amigos são também uma fonte de influência para o comportamento desviante”* (Simões, et al, 2006:148).

Estudos realizados neste âmbito, mostram também que um elevado apoio e aceitação dos colegas parece estar positivamente relacionado com o bem-estar (O'Brien, Bierman, 1988, Wenz-Gross, et al, 1997) e para que o bem-estar seja completo e verdadeiro, deverá ter origem nas três vertentes sociais intrínsecas ao desenvolvimento do jovem: a família, a Escola e os amigos. São três agentes de socialização e interação no seu desenvolvimento (Prazeres, 2003).

Outras situações que mais influenciam o aluno nas escolhas para viver o dia-a-dia, são: “A Televisão (56,31%) e “A Internet” (42,48%), com resultados significativos.

Entre os bens das casas dos portugueses os que apresentam uma maior generalização junto dos agregados familiares são o aparelho de televisão (98,9%). No total do País a percentagem é 98,9% e na Zona Centro 98,8% (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

A televisão é hoje em dia um bem quase essencial e imprescindível. A televisão é poderosa e os seus efeitos sobre estilos de vida desencadearam algumas preocupações com a saúde dos jovens. Ela deve ser capaz de ensinar coisas positivas e produzir resultados benéficos, no entanto, também ela pode ter efeitos drasticamente negativos, essencialmente junto do público mais jovem. *“A televisão tem sido apontada como uma importante fonte de informação capaz de promover a interiorização de valores... é preciso que a aprendizagem social seja combinada com o desenvolvimento de mais motivos pró-sociais e aumento dos níveis de razões morais”* (Gomide, 2000: 13).

È uma actividade sedentária, que reduz contactos interpessoais significativos. Os jovens ocupam demasiado tempo a ver televisão, o que diminui o tempo para outras actividades, incluindo o sono, o estudo, a socialização, a leitura e a comunicação em família. Os jovens são especiais consumidores de mensagens televisivas, visionando sem conhecer a linguagem audiovisual e de *marketing*, as estratégias persuasivas que a televisão frequentemente utiliza, influenciando o seu comportamento.

O marketing conhece esta realidade. A criança tem tendência para privilegiar a carga visual da informação mesmo muito antes de saber ler o conteúdo dos produtos e das marcas. A cronologia desta aprendizagem sensorial tem a ver com a visão, o tacto e o gosto. Para procurar conhecer bem este consumidor, o *marketing* dispõe de vários modelos: procurar chegar à mãe antes ou ao mesmo tempo que o filho; autonomizar as relações pais/filhos, falando directamente à criança, dirigindo-lhe directamente a argumentação; separar a relação entre pais e filhos, forjando estratégias que seja mesmo embaraçante para os pais; comunicar directamente com o jovem para que este interaccione com os pais e os amigos. Sabe-se que hoje os jovens mudam de preferência por sugestão do meio ou dos amigos. Especialmente nos grandes eventos de consumo, o *marketing* sente-se capaz de avançar directamente para o jovem e dar-lhe o poder de pedir aos pais e influenciar os outros (Santos *et al*, 2009).

Como já se referiu anteriormente é entre os jovens que se encontra a maior percentagem de uso da Internet. Neste estudo, 42,48% dos alunos assinalaram esta opção como influência das escolhas para viverem o dia-a-dia. A proporção de jovens que utilizou o computador em actividades associadas ao lazer é também bastante elevada, passando de 84,3% em 2005, para 89,1% em 2008 (Instituto Nacional de Estatística, 2009). O uso da Internet é prolongado e os principais usos da Internet são o MSN Messenger, seguido do estudo/formação, e-mail, distração/divertimento e You Tube (Sondagem nacional, ERC/ISCTE, 2008).

As formas de aprendizagem das tecnologias da informação e da comunicação para os indivíduos dos 10 aos 15 anos, ou seja, as competências para o uso de computador e de Internet são adquiridas principalmente por recurso à ajuda de colegas, familiares ou amigos e à auto-aprendizagem. Em 2008, a aprendizagem através da ajuda de colegas foi manifestada por 89,6% dos indivíduos e a auto-aprendizagem por 85,1% (Instituto Nacional de Estatística, 2009). Pode-se concluir que as novas tecnologias vieram dificultar os relacionamentos, por aumentarem as distâncias geográficas e afectivas, o que será facilmente entendido se pensarmos no tempo que os adolescentes gastam em frente ao computador e, com o telemóvel, também estes agentes de uma nova socialização mais desumanizada. Hoje em dia o adolescente

socializa-se também à distância, não necessitando do contacto pessoal para interagir com o mundo exterior, este agora está à distância de um “clik”, que lhe permite novas descobertas e aceder a mundos até agora interditos (Pereira e Freitas, 2001).

“A Música” (36,65%) surge na quinta posição como factor influenciador das práticas dos alunos. A influência de algumas formas de música é tão séria, que em muitos estados dos Estados Unidos da América as leis exigem, que as capas dos CD’s e vídeos incluam uma avaliação competente do seu conteúdo. As sociedades como: National Parent Teacher’s Association, The American Academy of Pediatrics e a US Surgeon General, mostraram-se particularmente preocupadas, com a influência negativa de algumas canções contemporâneas.

Compositores contemporâneos admitem que as suas criações têm um enorme poder. Slash, o guitarrista líder do grupo “Guns N’ Roses” refere que tinha percebido que a música era uma coisa muito séria, que a sua música direcciona a vida das pessoas, pessoas que nem conhece e que é terrível saber que tem esse enorme poder. Um estudo revelou, que das 700 canções mais populares do “Heavy Metal”, 50% falam sobre assassinatos, 35% sobre satânicos e 7% sobre suicídio (Alexander, 2009).

Os pais não devem ignorar a enorme influência da música sobre os seus filhos e como se constata 36,65% dos alunos referem que esta os influencia na vida diária. Outro estudo efectuado refere que “*de um modo geral, os resultados do estudo são semelhantes ao estudo realizado em cinco países europeus com a utilização do mesmo questionário onde se verificou que as actividades mais frequentes eram “ouvir música” com 78,8%*” (Santos et al, 2009:198).

Os “Professores” surgem como influenciadores das opções dos alunos com uma percentagem mais baixa (28,40%) do que seria desejável. Surgem em sexto lugar. Atente-se nos resultados comparativamente por exemplo à “Televisão” (56,31%), à “Internet” (42,48%) e até mesmo à “Música” (36,65%) e verifica-se uma diferença de percentagem significativa. Os “Filmes” (21,84%) encontram-se um lugar abaixo dos “Professores” com uma diferença percentual pouco acentuada, quando alguns autores referem que uma boa ligação com o professor que dá suporte, aconselha e que envolve uma troca recíproca de afectividade, constitui uma importante fonte de protecção (Simões et al, 2006).

Para além dos *“Amigos e do suporte dos colegas, os professores constituem também uma importante determinante não só de ligação à Escola”* (Samdal e Dür, 2000, citados por Simões *et al*, 2006:147), como também de *“percepções de bem-estar ou de sintomas psicológicos”* (Torsheim e Wold, 2001, citados por Simões *et al*, 2006:147).

Como já se referiu, os “Filmes” (21,84%) são também indicados pelos alunos, como influência para as suas escolhas do dia-a-dia. Estes fazem parte do processo global de socialização dos jovens e os seus efeitos pró-sociais não podem ser ignorados. Os filmes podem auxiliar as Escolas e as famílias na educação em saúde. Podem, também, ser empregues para fornecer exemplos apropriados ou inapropriados para uma grande variedade de situações sociais. Podem, inclusive, ser utilizados para tratamentos, fornecendo exemplos de comportamento desejável em confrontação com o indesejável ou anti-social.

Espectadores que assistem a filmes com um final feliz têm menor nível de excitação e menor agressividade, do que aqueles que vêem filmes com finais trágicos. *“A comunidade científica e a sociedade civil devem estar atentos para os efeitos nocivos dos filmes violentos sobre crianças e adolescentes”* (Gomide, 2000: 13). A mesma autora refere que as crianças, se após assistirem a filmes violentos, receberem orientação dos pais para comportamentos alternativos e/ou não-violentos, aos problemas apresentados nos filmes, apresentam níveis bem mais baixos de respostas agressivas, quando comparadas às crianças que não receberam orientação.

Nos resultados obtidos para “As Revistas/Jornais”, a percentagem é pouco significativa (8,01%) comparativamente aos resultados indicados nas opções anteriores. Segundo uma Sondagem Nacional nos jornais e revistas mantém-se o elevado não acesso e uso que marca todas as gerações. Para os jovens a função de divertimento proporcionada pelos jornais e revistas ultrapassa a da informação, num contraste com a racionalização dominante dos adultos, traduzida no maior destaque dado à função informativa (Sondagem nacional, ERC/ISCTE, 2008).

Em último lugar nas preferências dos alunos para os influenciar nas suas escolhas da vida diária, aparece “O Rádio”, com um resultado baixo (4,61%). Mas é certo, que nos bens usualmente existentes nas casas dos portugueses, o aparelho de rádio detém uma percentagem elevada (90,4%), apesar de nos

jovens desempenhar um papel secundário face à aparelhagem de CD/gravador de cassetes. Tanto a rádio como as aparelhagens dão lugar aos novos meios móveis de audição associados ao computador, o MP3 e o MP4, que figuram também no topo da listagem de compras dos pais (Sondagem nacional, ERC/ISCTE, 2008).

4.1.E. Caracterização da População segundo a Opinião sobre Afirmções Relacionadas com a Saúde

Seguidamente examinam-se os resultados relativos à opinião dos alunos sobre treze afirmações colocadas acerca de comportamentos de saúde.

A evolução da sociedade, a par do progresso, provocou alterações nos modos e estilos de vida das pessoas. Tornaram-se notórios, uma menor parcela de esforço físico, um aumento do sedentarismo e hábitos alimentares inadequados, sendo estes factores responsáveis pelo aumento das doenças metabólicas (obesidade, osteoporose e diabetes), hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Entretanto, outro dado muito importante surgiu. A maior causa de mortalidade está relacionada com o estilo de vida. Os factores de risco para as doenças cardiovasculares incluem o hábito de fumar, a hipo actividade física e uma dieta rica em gorduras saturadas (Ministério da Saúde, 2002). “ ... Os jovens são tidos como saudáveis, quando comparados com outros grupos etários; os problemas de saúde resultam, em larga medida, das repercussões que alguns comportamentos podem ter na saúde dos indivíduos” (Prazeres, 2005:5).

Para melhor compreensão dos resultados obtidos e para coadjuvar na análise, entendeu-se que a sua apresentação em quadro auxiliaria sobremodo a discussão, bem como dividir as afirmações em positivas e negativas. Entendendo-se como positivas aquelas que tragam benefícios para a saúde e negativas as que prejudicam a saúde.

Assim, a seguir encontra-se o referido quadro e os respectivos resultados:

Quadro 7 – Apresentação da Opinião dos Alunos sobre Afirmações Relacionadas com a Saúde de Carácter Positivo e Carácter Negativo

Afirmações de carácter Positivo	Sempre	Às vezes	Nunca	Afirmações de carácter Negativo	Sempre	Às vezes	Nunca
<i>A minha saúde depende muito dos hábitos de vida que tenho.</i>	71,84%	21,84%	6,31%	<i>Não interessa aquilo que como desde que me sinta satisfeito.</i>	15,29%	58,98%	25,73%
<i>Fazer exercício físico ajuda-nos a ser mais inteligentes e activos.</i>	73,97%	21,90%	4,14%	<i>Ser “gordinho” é sinal de boa saúde.</i>	5,87%	22,74%	71,39%
<i>Oiço os conselhos dos meus familiares e sigo-os.</i>	43,45%	50,49%	6,07%	<i>Os meus pais dão-me dinheiro para levar para a Escola para comer e compro guloseimas.</i>	7,04%	38,59%	54,37%
<i>Os meus pais têm por hábito perguntar-me como correu o meu dia e o que fiz.</i>	58,74%	34,47%	6,80%	<i>Fumar ajuda-nos a ser mais inteligentes e activos.</i>	6,81%	6,33%	86,86%
<i>Levo pão, fruta ou iogurtes para comer nos intervalos das aulas.</i>	19,90%	36,89%	43,20%	<i>As bebidas alcoólicas fazem bem ao cérebro.</i>	6,07%	9,71%	84,22%
<i>Gosto de ler assuntos que me façam saber como ser mais saudável.</i>	36,50%	53,77%	9,73%	<i>Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda.</i>	18,45%	52,43%	29,13%
<i>Quando vou com os meus pais às compras dou a minha opinião sobre alimentos saudáveis.</i>	31,71%	55,12%	13,17%				

Comparando os dois pólos das afirmações, as positivas e as negativas, compreende-se que a maioria dos alunos confirmam que sabem qual deverá ser a conduta correcta, têm o conhecimento de que a saúde depende muito dos hábitos de vida que têm. Corrobora-se na opinião de alguns autores que “A informação é considerada um factor importante, pois está habitualmente associada à adopção de comportamentos protectores” (Pereira, 2008:19) e o

facto de terem actualmente muita facilidade em obter informação não garante que as escolhas dos adolescentes sejam as mais adequadas (Pereira, 2008).

Eles confirmam que fazer exercício físico é saudável, que fumar e beber bebidas alcoólicas é prejudicial, que ser “gordinho” não é sinal de saúde, ou seja, a maioria dos alunos, teoricamente, contêm a informação, o pior vem quando se passa à prática e observando a tabela, depara-se com as maiores percentagens nas afirmações “*Não interessa aquilo que como desde que me sinta satisfeito*”, “*Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda*”, às vezes “*Oiço os conselhos dos meus familiares e sigo-os*” e nunca “*Levo pão, fruta ou iogurtes para comer nos intervalos das aulas*”.

Considera-se que estes resultados estão de acordo com outros estudos já realizados, em que os costumes do dia-a-dia não se coadunam com a informação aprendida. A mudança de atitudes necessária à adopção de melhores práticas, relativamente à saúde e ao ambiente, deve alicerçar-se numa educação para os valores, dado que o acréscimo de conhecimentos por si só não garante melhores práticas (Ferreira, 2009).

Há a destacar as percentagens dos alunos, que em alguns casos é baixa e noutros aproximada ao valor maioritário, que manifestam afirmações com carácter negativo, como por exemplo os alunos que mencionam “às vezes” (38,59) quanto aos *pais lhes darem dinheiro para levar para a escola para comer e comprarem guloseimas* e ainda os 7,04% que indicam “sempre”; bem como aqueles que revelam que *as bebidas alcoólicas fazem bem ao cérebro* “sempre” (6,07%) e “às vezes” (9,71%) e ainda os 18,45% que indicam “sempre” quando lhes *ensinam o que é saudável, mas preferem seguir o que está na moda*.

Depois há igualmente a registar: os 9,73% que “nunca” *gostam de ler assuntos que os façam saber como ser mais saudável*; aqueles que referem que “sempre” (6,81%) e “às vezes” (6,33%) *fumar ajuda-os a ser mais inteligentes e activos*; os 21,90% que mencionam que “às vezes” *fazer exercício físico ajuda-os a ser mais inteligentes e activos* e 4,14% indicam que “nunca”.

Os alunos que quando *vão com os pais às compras dão a sua opinião sobre alimentos saudáveis* referem em maioria que “às vezes” (55,12%), mas 13,17% dizem “nunca”.

Os pais têm por hábito perguntar como correu o dia e o que fizeram, regista 58, 74% no “sempre”, mas 34,47% dos alunos referem “às vezes” e 6,80% “nunca” são inquiridos pelos pais sobre as actividades diárias.

Na relação *entre a idade e o hábito dos pais perguntarem sobre as actividades diárias dos filhos*, verifica-se que onde se acentua mais a diferença é dos 10 aos 14 anos de idade, em que são idades em que os pais perguntam “sempre” como correu o dia aos filhos e o que estes fizeram num valor mais elevado do que nas restantes idades. Há a salientar que nas idades referidas também há pais que “nunca” perguntam (24 alunos) e aqueles que perguntam só “às vezes” (126 alunos). Aos 17 anos a contagem mais elevada é registada no “nunca”.

6,07% dos alunos indicam que “nunca” *ouvem os conselhos dos familiares e que os seguem*.

Na relação *entre a idade e o cumprimento dos conselhos ouvidos* constata-se que a maior contagem verifica-se no “às vezes” *oiço os conselhos dos meus familiares e sigo-os*. Sobressai aos 10, 11 e 13 anos uma mínima diferença (1 aluno) na contagem entre o “às vezes” e o “sempre”. Aos 16 anos emerge o “sempre” com maior computo. Tem que se demonstrar que o “nunca” *ouvem os conselhos e os seguem* também aparece nas respostas obtidas e em todas as idades. Quanto à relação com o *género* são variáveis dependentes e é diferenciada por valores mínimos. O “às vezes” *ouvem os conselhos e seguem-nos* é maioritário nos dois géneros e o “sempre” apresenta-se com uma distância mínima do “às vezes” no género feminino (5 alunas).

Na relação *entre a idade e a preferência do que está na moda* as variáveis são dependentes e a maior contagem está registada no “às vezes” *ensinam-me o que é saudável mas prefiro seguir o que está na moda*, excepto aos 10 anos em que sobressai por um valor mínimo (5 alunos) o “nunca”. Há a destacar que o “sempre” aparece com valores em todas as idades, ou seja, *ensinam-lhes o que é saudável mas preferem “sempre” seguir o que está na moda*. Relativamente ao *género e a preferência do que está na moda*, são variáveis independentes e o “às vezes” é maioritário em ambos os sexos. Quanto ao *ensinam-lhes o que é saudável mas preferem seguir “sempre” o que está na moda* apresenta maior valor no género feminino (41 alunas).

Segundo as tendências apontadas em diversos estudos, muitos jovens hoje e muitos mais no futuro, estão em risco de vida, de adquirir doenças, deficiências e incapacidades, entre outros efeitos negativos para a saúde. Uma questão que se distingue neste panorama é a origem deste risco. Enquanto que anteriormente as causas da mortalidade e morbidade nos jovens estavam relacionadas a factores de ordem biomédica, hoje essas causas estão principalmente associadas a factores de origem social, ambiental e comportamental (Simões *et al*, 2006).

Comportamento e estilo de vida são determinantes cruciais para a saúde, doença, deficiência/incapacidade, e mortalidade prematura. Dentro dos estilos de vida que colocam em risco a saúde, o bem-estar e muitas vezes a própria vida dos jovens, encontram-se padrões comportamentais que constituem uma ameaça ao seu desenvolvimento e ao seu bem-estar físico e psíquico. O estilo de vida de risco pode traduzir-se em diversos factores, tais como hábitos alimentares incorrectos, sedentarismo, utilização de álcool, tabaco e drogas, acidentes rodoviários, idade precoce de início das relações sexuais, gravidez indesejada ou infecções sexualmente transmissíveis (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Na adolescência existem muitas situações que propiciam a adopção de comportamentos de risco, sendo bastante complexo o processo de tomada de decisão. A intervenção na adolescência tem características muito particulares e constitui um enorme desafio, pois tal como os outros períodos do desenvolvimento, este também tem formas diferentes de abordagem e de intervenção (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Num estudo efectuado a 800 jovens de Braga e Boticas, a autora alerta para a necessidade de se reconhecer que as crianças e os jovens não dispõem todos das mesmas oportunidades de acesso a opções de consumo compatíveis com a promoção da saúde e do meio ambiente. Os contextos económicos, sociais, culturais dos seus meios de residência e os seus hábitos de vida são factores de diferenciação de oportunidades, por vezes, tocando o patamar da discriminação social (Ferreira, 2009).

Entra neste discurso uma variável interessante e de importância referir, porque se trata de falta de oportunidades de acesso para que se promova a saúde. Sabe-se que os programas de promoção da saúde se destinam a todas

as faixas etárias, existindo uma tendência crescente de escolher os adolescentes como alvo preferencial. Esta escolha prende-se com o facto de se tratar de uma faixa etária moldável e receptiva e investir na saúde do jovem é investir no futuro, o que garante às populações ganhos na qualidade da sua saúde e benefícios financeiros e sociais, “... factores como a família, o grupo de pares e a Escola, surgem com grande destaque a este nível, dado que estes contextos constituem os principais cenários de socialização, é natural que funcionem também como factores de risco ou de protecção para o desenvolvimento de comportamentos de risco” (Simões et al, 2006:147).

Os contextos económicos, sociais e culturais não devem ser factores de diferenciação de oportunidades. Todos os jovens devem ter as mesmas possibilidades porque a promoção da saúde do jovem também tem implicações positivas para o resto da população, uma vez que a doença no jovem produz efeitos nos seus pais e na sua família alargada (Organização Mundial de Saúde, 2002).

A análise crítica dos resultados sobre a opinião dos alunos sobre algumas afirmações permite alargar a reflexão acerca do modo como os jovens crescem hoje numa sociedade que muitos apelidam de risco, porque a vida proporciona-lhes muitas oportunidades para o desenvolvimento de procedimentos menos próprios, dos quais alguns já foram citados. Também a grande variedade de escolhas e de informação proporciona alguma agitação que têm impacto nos seus estilos de vida e condutas. Depreende-se que os alunos possuem o conhecimento sobre temáticas que influem numa melhor saúde, mas são inculcados pelas torrentes de informação, algumas vezes nefasta e com diversas opiniões enganosas e meramente comerciais.

Segundo constata a Resolução do Conselho e dos Representantes dos Governos dos Estados-Membros de 2008 deve-se tomar em conta a saúde e o bem-estar dos jovens nos programas e políticas relativos à informação e aos meios de comunicação social e desenvolver acções de sensibilização sobre os factores que afectam a saúde dos jovens e reforçam que é necessário prestar assistência aos jovens para que estes se tornem mais responsáveis pela sua própria saúde, reforcem a sua auto-estima e se tornem mais autónomos, nomeadamente sensibilizando os jovens para os efeitos positivos de um estilo de vida saudável e para os riscos atinentes à sua saúde.

“... um dos aspectos mais positivos e eficazes na prevenção de comportamentos de risco por parte dos adolescentes, é desenvolvimento de trabalho no âmbito da ocupação dos tempos livres, educação para a saúde e capacitação ou empowerment da comunidade, envolvendo e responsabilizando a população, nomeadamente os adolescentes mais velhos no sentido de ser um exemplo válido e positivo para os mais novos” (Gaspar, 2008:274).

4.2. Inquéritos por Entrevista

No capítulo 4 foi realizada a análise qualitativa dos inquéritos por entrevista através da técnica de análise de conteúdo. Assim, como a referida análise foi pormenorizada, esta discussão incide sobretudo em comparações de opinião dos entrevistados, sustentadas com concepções de autores.

Para auxiliar a discussão elaboraram-se os dois quadros que se seguem, o Quadro 8 e o Quadro 9, e que incluem as frequências absolutas das unidades de registo de uma determinada categoria. A constituição do Quadro 9 prende-se com a ausência da dimensão *“Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde”* e das categorias *“Mobilização e Gestão de Saberes dos Alunos na Perspectiva de Melhoria da Saúde”* e *“Análise da Sociedade e a Saúde Escolar”* nos pais dos alunos, por se crer que estes aspectos não eram relevantes para os pais.

As entrevistas não foram efectuadas em igual número aos pais, aos professores e aos profissionais de saúde por imperativo da situação, ou seja, os professores e os profissionais de saúde directamente relacionados com a educação para a saúde na Escola em estudo são apenas cinco e três respectivamente. Foram entrevistados onze pais de alunos porque as informações proferidas já não traziam nada de novo e decidiu-se dar por terminadas as entrevistas porque se revelava saturação da informação.

A diferenciação no número das unidades de registo entre os três grupos deve-se também a esta situação de desigualdade de entrevistas, mas não afectou os resultados, uma vez que as grelhas e análise categorial foram realizadas separadamente.

Na comparação de resultados que se segue teve-se em atenção esta particularidade e realiza-se uma análise estrutural de co-ocorrência, isto é, *“examina as associações de temas nas sequências da comunicação... informam o investigador acerca de estruturas mentais e ideológicas ou acerca de preocupações latentes”* (Quivy e Campenhoudt, 1998:229).

Quadro 8 - Grelha de Análise das Entrevistas aos Pais dos Alunos, Professores e Profissionais de Saúde

Dimensões	Categorias	Frequências Absolutas das Unidades de Registo (Pais)	Frequências Absolutas das Unidades de Registo (Professores)	Frequências Absolutas das Unidades de Registo (Profissionais de saúde)
Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática	Entrevistados Identificadores de Necessidades	54	10	6
	Desempenho e Aprendizagem dos Entrevistados em Matérias de Saúde	68	27	24
	Entrevistados que Fomentam Estilos de Vida Saudáveis nos Filhos e Alunos	45	19	6
	Importância que os Entrevistados dão à Educação para a Saúde	30	16	23
Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida	Perspectiva que os Entrevistados têm sobre a Influência dos Meios de Comunicação Social na Saúde dos Filhos e Alunos	38	17	8
	Tipos de Interferências nas Opções de Vida	62	27	11

Quadro 9 – Grelha de Análise das Entrevistas aos Professores e Profissionais de Saúde

Dimensões	Categorias	Frequências Absolutas das Unidades de Registo (Professores)	Frequências Absolutas das Unidades de Registo (Profissionais de saúde)
Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde	Conhecimentos Pedagógico-Metodológicos dos Entrevistados	35	24
	Participação na Avaliação do Aluno	15	6
Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática	Mobilização e Gestão de Saberes dos Alunos na Perspectiva de Melhoria da Saúde que os Entrevistados Percepcionam	13	9
Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida	Análise que os Entrevistados fazem sobre a Sociedade e a Saúde Escolar	17	7

Ao examinar-se o Quadro 8 e o Quadro 9, verifica-se que em todas as categorias existe um número substancial de unidades de registo, o que determina que “...quanto mais frequentemente citada quanto mais importante é para o locutor” (Quivy e Campenhoudt, 1998:228) e na realidade as entrevistas apuraram que este tema produz nos indivíduos uma reflexão. Todos têm a percepção da importância da saúde.

As entrevistas aos Pais dos Alunos incidiram todas nas mães, os pais não se mostraram disponíveis para a entrevista. As idades estão compreendidas entre os 35 e os 52 anos e as habilitações literárias abrangem uma com o 1º ciclo, duas com o 9º ano, quatro com o 12º ano e quatro com uma licenciatura.

Referiram que no momento do estudo os filhos são auxiliados sete pela mãe, três por ninguém e um pela irmã. Comparando com os resultados dos

inquéritos dos alunos, nestes verificou-se que os valores eram muito aproximados para o “Sim” (50,73%) e para o “Não” (49,27%), mas o maior número é dos alunos que referem que são auxiliados durante o estudo, apenas com uma diferença de 4 alunos, daí a necessidade em referir que 49,27% dos alunos afirmam que não são auxiliados durante o estudo. Proporcionalmente as mães indicam que ajudam mais os filhos no estudo do que os alunos mencionaram no inquérito. Sabe-se que a família é uma das mais importantes e visíveis instituições sociais. Exerce uma poderosa influência em todos os seus membros, providenciando às crianças e jovens um amplo conjunto de valores e normas as quais são determinantes na sua formação enquanto pessoas. Nas últimas décadas, surgiram novas formas de pensar acerca do papel e das funções dos membros da família. Tais mudanças têm vindo a introduzir ambiguidades nas expectativas dos papéis dos membros da família. Os pais sentem cada vez mais o *stress* causado pela instabilidade profissional, sentem-se pressionados no sentido de obterem o dinheiro suficiente para sustentarem a família, o que leva, por vezes, ao não acompanhamento dos filhos e a família deveria constituir-se como um espaço onde se procura semear ideias, desenvolver hábitos de reflexão e autonomia, de forma a permitir que os jovens possam seleccionar as escolhas que depois lhes proporcionem o maior número de opções possíveis em termos de desenvolvimento (Giddens, 2002).

4.2.A. Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática

No que diz respeito à dimensão “*Interesse que Atribui à Educação para a Saúde e sua Efectivação na Prática*”, constata-se que os pais dos alunos, os professores e os profissionais de saúde são unânimes em relação à grande importância da educação para a saúde.

Os professores e profissionais de saúde referem as suas vantagens e a grande utilidade dos ensinamentos, porque o aluno está num processo de aprendizagem e supõe-se mais receptivo às informações transmitidas e poderá também mais facilmente adquirir esses estilos de vida saudável através do

acesso a um conjunto de informações actualizadas sobre saúde e a forma como aplicá-las no seu dia-a-dia.

Nem todos os pais se preocupam em conhecer as necessidades em educação para a saúde dos seus filhos e cinco mães afirmam não sentir essa necessidade. A falta de tempo e a transferência de responsabilidades para a Escola são as causas apontadas, “...os *distintos horários de trabalho... converteu-se num elemento limitador da frequência da comunicação entre pais e filhos... dentro da escassez de tempo ou de oportunidade para falar com os filhos, os temas mais conversados são aqueles que se referem à própria família e os que afectam a marcha dos estudos*” (López, 2000:162). Referem também que a Escola é fundamental neste processo de educar em saúde.

Sobre a base de investigações existentes, distinguem-se as famílias sãs e as famílias de risco “*Famílias de risco do ponto de vista da prevenção são aquelas com pouca experiência sobre temas de saúde e elevada conflitualidade interna e falta de auto-controlo... as do ponto de vista terapêutico são similares às precedentes mais a incapacidade de se relacionar com o exterior e incapacidade para acções de auto-cuidado... e está claro que a falta de um grau elevado de instrução e uma ocupação profissional com baixo perfil técnico incidem sobre as situações de risco mais do que um simples nível de renda*” (Donati, 1994: 201).

Atendendo à citação, uma família de risco não tem experiência sobre temas de saúde e demonstra incapacidade para acções de auto-cuidado. Na apreciação dos resultados, os pais citam a importância da educação para a saúde, para seguidamente, remeterem essa incumbência para a Escola. Expressam que a Escola é essencial neste processo, mas alguns nem têm necessidade em conhecer as necessidades dos filhos em matérias de saúde. Nove pais afirmam que os filhos comem alimentos pouco saudáveis e três pais não têm por costume vigiar os hábitos dos filhos.

Na realização da prática das sessões de educação para a saúde, os professores e os profissionais de saúde referem que estas são bem planificadas em conjunto e sempre em concordância com as necessidades vividas pelos alunos. A Escola pede a colaboração dos profissionais de saúde porque “*a educação para a saúde é uma tarefa de todos os profissionais de saúde*” (Afonso *et al*, 1999:138). Efectuam-se reuniões cíclicas com todos os

elementos do projecto e ocorrem de acordo com as necessidades sentidas durante o ano lectivo.

Destacam a utilização das metodologias activas. A participação do aluno é imprescindível e é directamente envolvido apelando-se à sua total colaboração e participação. Normalmente no final da sessão fazem debates e aí são esclarecidas as dúvidas “...a promoção da saúde não é a educação em saúde dos modelos tradicionais quando se trata de realizar sessões informativas em escolas...por muito bons filmes ou diapositivos que as acompanhem ou sirvam de suporte...são trabalhos que podemos classificar de informativos em que a informação é “dada” e, como tal de pequena utilidade, como está demonstrado...” (Navarro, 1999:21).

Os professores fazem a avaliação sistemática dos conhecimentos adquiridos através de debates, trabalhos escritos individuais e em grupo, questionários, actividades lúdicas alusivas às temáticas apresentadas, concursos com desenhos, cartazes, elaboração de textos em poesia e prosa. Os profissionais de saúde fazem-no só no final do projecto com actividades em que os alunos elaboram trabalhos escritos e apresentações em Power Point, “Os processos participativos são a pedra de toque para o sucesso quando se perseguem objectivos de Saúde/Bem-estar, isto é, quando se pretende criar condições para que as pessoas se tornem cidadãos responsáveis, interessados na conquista progressiva do bem-estar” (Navarro, 1999:22).

Sobre os resultados da educação para a saúde, os professores, referem que teoricamente os alunos de uma maneira geral aprendem as temáticas. Na prática, percebem os estilos de vida dos alunos através daquilo que observam e estão preocupados porque os efeitos poderiam ser melhores “Os adolescentes e os jovens não alteram os seus comportamentos em consequência dos discurso dos adultos...a escola tem que ser capaz de construir um espaço de vivências fortalecedoras do “saber ser”...” (Rocha, 1999:46).

Os profissionais de saúde desenvolvem as temáticas nos períodos que se deslocam à Escola e referem que teoricamente as fixam no momento, mas após as sessões não verificam as suas acções. Mencionam que não têm oportunidade para o fazer.

Professores e profissionais de saúde demonstram preocupação por sentirem que os alunos não estão motivados para a mudança de condutas. Consideram que fixam alguma informação, mas as interferências externas fazem-nos abandonar os conselhos e a sua aplicação, *“Os jovens devem ser co-responsabilizados na gestão daquilo que lhes diz respeito, em termos individuais e sociais. A mudança, a existir, passa forçosamente também por eles”* (Marques, 1999:136).

Os profissionais de saúde não têm opinião formada sobre os resultados da educação para a saúde que é proporcionada na Escola e portanto não sabem se na vida diária os alunos aplicam os conhecimentos que adquiriram. Percebem os estilos de vida dos alunos através daquilo que podem observar nos locais públicos, ou através de alguns que conhecem pessoalmente e também através dos indicadores de saúde, que possibilitam conhecer alguns factores que podem desencadear a doença. Referem que estimulam os alunos a optarem por estilos de vida que os conduzem a uma melhor saúde, até porque é na prática o grande objectivo das suas deslocações à Escola.

Os professores mencionam que entusiasmam os alunos a optarem por vidas saudáveis. Influem-nos a colaborar nos projectos e a cumprir as normas em vigor no estabelecimento escolar. Os professores e os profissionais de saúde estão motivados para estas acções porque evidenciam interesse em todas as fases do projecto e justificam que tem que haver continuidade neste trabalho.

Os profissionais de saúde declaram estar abertos para adquirir novos conhecimentos, sobretudo em metodologias activas e pretendem que houvesse mais oferta no âmbito desta formação.

“É necessário que os profissionais de saúde e educação adquiram novas competências ou competências complementares, que lhes permitam uma crescente capacitação para a promoção de estilos de vida saudáveis na escola...o desafio que se coloca é o desenvolvimento e a utilização de abordagens inovadoras do ensino e aprendizagem... deve ser dada prioridade a novas áreas de formação como as metodologias de intervenção activas-participativas, o trabalho inter-pares, e a promoção de competências pessoais e sociais, pelo potencial de comunicação

interpessoal que promovem na escola” (Programa Nacional de Saúde Escolar”, 2006:21).

Os pais acreditam que é de grande importância que seja ensinado aos filhos assuntos relacionados com hábitos e condutas de vida saudáveis.

Nem todos os pais asseguram que têm bons hábitos de vida para se manterem saudáveis a eles e aos filhos. Alguns preocupam-se em ter atitudes que beneficiam o meio ambiente, principalmente reciclagem de resíduos domésticos e poupança de energia. Incentivam os filhos a ter bons comportamentos para terem melhor saúde, principalmente com os exemplos que lhes dão no dia-a-dia. Alguns referem que têm conveniência em aprender mais sobre temas de saúde para serem mais saudáveis e terem conhecimentos para orientarem melhor os filhos, *“o apoio e a colaboração dos pais, permite que a educação acerca da saúde, seja partilhada e reforçada em casa”* (Fórum Mundial sobre Educação, 2000:10).

4.2.B. Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida

Na dimensão *“Factores Sociais que Influenciam os Estilos de Vida”*, os pais referem a publicidade como o primeiro tipo de interferência externa que existe nas opções que os pais e os jovens têm que fazer na sua vida para terem melhor saúde e a seguir a família é considerada como uma interferência poderosa nos filhos. Referem a família como a responsável pela educação das crianças e dos jovens. Depois surge a televisão, os amigos e a Escola, como elementos evidentes tanto no processo de educação para a saúde, como no processo de socialização.

Referem que a cooperação da família com a Escola potencia a aprendizagem dos filhos e ajuda no desenvolvimento, mas ainda assim, alguns mencionam que passam essa incumbência – a educação para a saúde – para a Escola porque nesta, os intervenientes são mais capazes.

Os pais e os profissionais de saúde enunciam também que os amigos, o meio onde vivem e os locais de lazer que frequentam, podem ser um modelo a seguir com mais impacto do que a família, *“O desenvolvimento das atitudes positivas e o desenvolvimento de habilidades e destrezas, para responder à pressão de pares, são fundamentais para o desenvolvimento de soluções individuais face aos riscos de saúde. Quando as pessoas desenvolvem tais*

atitudes é mais provável que queiram adoptar e manter maneiras sãs de viver durante a idade escolar e para o resto das suas vidas” (Fórum Mundial sobre Educação, 2000:9).

Há ainda três pais que nomeiam como interferência nas opções de vida, os factores financeiros. A escassez de dinheiro leva à escolha de produtos de menor qualidade e não adquirir bens essenciais.

Para os professores e profissionais de saúde a família apareceu sempre como a poderosa interferência externa.

Apontam outras interferências externas: os amigos, os colegas, as revistas, a televisão e a Internet. A televisão e a Internet foram abordadas com frequência porque sabem bem que estes factores actualmente dominam os jovens.

A avaliação sobre a comunicação social é consensual entre pais, professores e profissionais de saúde: influencia a saúde dos jovens e a televisão regula atitudes e opiniões, contribui na definição de valores e modelos de comportamento individuais e colectivos, familiares e sociais “ *Portugal está a ser penetrado vertiginosamente, através da comunicação social, por hábitos e produtos massificadores. Será possível que fique suficiente nas necessidades sem ficar novo-rico nos hábitos?*” (Carmo, 1999:436).

Os pais confirmam que a educação para a saúde de uma maneira geral é efectuada, mas não produz os resultados pretendidos porque as pressões externas são muito fortes.

Os professores referem que os jovens passam à frente da televisão demasiado número de horas e que acreditam na publicidade enganosa. Mencionam que há necessidade de intervenção nos meios de comunicação social porque obrigam a gastos e publicitam modas. Referem também os perigos de verem televisão, filmes e Internet sozinhos, sem esclarecimentos sobre o que estão a ver.

Todos os entrevistados são da opinião que a comunicação social pode servir como uma instrumento fundamental na divulgação de boas práticas e os pais declaram que temos todos culpa pela falta de vontade de mudar comportamentos de verdade e os governantes deveriam responsabilizar-se mais por esta área porque verifica-se que uns ensinam por um lado e outros estragam por outro.

A “*sociedade e a saúde escolar*” é uma categoria confinada só aos professores e profissionais de saúde. Estes referem que são dois factores que influem nos estilos de vida e na maneira de organizar a personalidade e o carácter do jovem.

Os professores e os profissionais de saúde são da opinião que os problemas são subsequentes da vida em sociedade e atribuem às organizações sociais o desenvolvimento de actividades ligadas à saúde da população e a criação de regras para delinear condutas que podem derivar em riscos e danos à saúde da comunidade.

Aludem que a Escola tem um papel activo e fundamental na educação das crianças e jovens em várias dimensões e as suas responsabilidades estão cada vez mais ampliadas. Reconhecem que, actualmente este espaço e o elevado número de horas que os jovens lá passam, contém um grande potencial educativo e de socialização. Estes deverão ser processos de construção da auto-estima que lhes permita tomar consciência do valor que têm e preservar-lhes a determinação de cuidarem da sua saúde, apesar das vulnerabilidades e obstáculos; *“as crianças e jovens devem ser importantes participantes em todos os aspectos dos programas de saúde escolar, e não apenas simples os seus receptores ou beneficiários passivos”* (Fórum Mundial sobre Educação, 2000:10).

Não demonstram grandes esperanças na saúde escolar, apesar de se mostrarem unânimes que esta é essencial. É uma actividade em que não se evidenciam os resultados imediatamente, mas mostrar-se-ão a longo prazo. *“É inegável que fazer saúde na Escola é por demais importante...a Escola como lugar privilegiado onde os jovens vivem grande parte do seu tempo e fazem aprendizagens em diversos domínios... a adolescência como idade crucial na construção de atitudes...possibilidade de se prevenirem situações de risco...contribuição para o desenvolvimento de comportamentos positivos, de auto-estima, de auto-imagem, de auto-responsabilização...sentido crítico e autonomia...”* (Freitas et al, 1999:67,68).

Os profissionais de saúde referem ainda que não têm grandes expectativas que a saúde escolar se desenvolva nos tempos mais próximos no que concerne às políticas de saúde *“Porque não é uma tarefa fácil, nem aparentemente lucrativa, é muitas vezes menosprezada”* (Afonso et al,

1999:138) e os professores citam que para que uma sociedade conquiste a saúde para todos, é indispensável uma efectiva acção intersectorial, isto é, políticas da saúde e da educação, ambas empenhadas com a qualidade de vida e a saúde da população. É nesta óptica que encaram a sociedade e a saúde escolar: progressivamente tem que se assegurar uma contribuição cada vez mais ampla de todos, para a elaboração e execução de projectos de saúde escolar.

Os profissionais de saúde comentam que a educação para a saúde não evidencia os resultados a curto prazo e por isso vai ficando esquecida. Apenas ao longo do tempo se verificam as mudanças de comportamentos e a motivação para modificar as condutas de vida. Só a efectivação sequencial destes projectos fornece as informações necessárias de maneira que não sejam esquecidas e sem efeitos práticos, *“Os estudos de avaliação do custo-effectividade das intervenções preventivas têm demonstrado que 1 € gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14 € em serviços de saúde, amanhã”* (Programa Nacional de Saúde Escolar”, 2006:5).

Os professores referem que existe uma oposição entre aquilo que se requer aos jovens e aquilo que se lhes oferece. A sua experiência mostra-lhes que a sociedade age sobre a criança e o jovem em todas as situações, designadamente na saúde e nas atitudes perante a vida, solicitando-lhes comportamentos adequados, mas para isso há necessidade em incrementar contextos adequados a esses comportamentos solicitados. Há premência em gerar estruturas para que o jovem tenha opção quando fizer a selecção, *“A dimensão comunitária tem como objectivo central a interacção Escola/Comunidade assente numa correspondência biunívoca: a Escola como recurso comunitário e as organizações como recursos escolares... racionalização e potenciação de recursos na resolução de problemas/necessidades na lógica do desenvolvimento...”* (Rocha, 1999:49).

Os professores e os profissionais de saúde são consensuais no que respeita à contribuição de todos para uma sociedade mais saudável. Para além dos factores estruturais, que dependem apenas parcialmente da decisão e acção dos indivíduos, referem que a saúde também decorre de factores comportamentais.

4.2.C. Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde

A dimensão “*Caracterização das Práticas em Educação para a Saúde*” pertence apenas aos professores e profissionais de saúde.

Os professores organizam, participam e apoiam todas as iniciativas para educar em saúde. Realçam a utilidade da aplicação de metodologias activas e a importância da avaliação de conhecimentos dos alunos, “*Uma abordagem holística da saúde aumenta o bem-estar e reduz o risco de doença nas crianças e nos adolescentes. Para isso, a Escola tem de propiciar aos alunos a expressão e a comunicação, laços de afecto com as pessoas e o meio, participação, responsabilização e vontade de saber*” (Programa Nacional de Saúde Escolar”, 2006:9).

Realizam várias actividades nesta Escola e de acordo com um planeamento anteriormente delineado. Existe um projecto base, subordinado ao tema: “Crescer com Saúde” que é uma continuidade do “Projecto Despertar para o Bem-Estar II” e do “Projecto Bem-Estar I”, que engloba Educação Sexual, de carácter obrigatório de acordo com a Lei nº 60/2009 de 06 de Agosto que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. O projecto Pró-Lúdico que desenvolve actividades no âmbito da Obesidade em parceria com o Centro Hospitalar da Cova da Beira, o Clube Gente Sem Cigarros e o Desporto Escolar que incentiva ao exercício físico aliado a bons hábitos de vida.

Estas actividades são coordenadas por um professor com funções de coordenador da educação para a saúde de acordo com o estabelecido no Despacho nº 2506/2007 do Diário da República, 2ª série, nº 36 de 20 de Fevereiro de 2007. É uma Escola que evidencia pela forma como se organiza e como funciona, que é Promotora de Saúde. Não podemos classificar uma Escola Promotora de Saúde como “*aquela que se limita a introduzir nos curricula ou no trabalho extracurricular temas ditos de Saúde ou que transforma a Área - Escola em 20 ou 30 “lições” sobre alimentação, acidentes ou qualquer doença*” (Navarro, 1999:26). Aqui não desenvolvem actividades apenas informativas “*preocupam-se com a potenciação do sentido de coerência de todos que nela vivem*” (Navarro, 1999:20).

Os profissionais de saúde fazem educação para a saúde de acordo com a planificação projectada, dão ênfase às temáticas actuais e dirigem as

prelecções para problemas subsequentes da vida presente. Salientam a importância da aplicação de metodologias activas e o envolvimento do aluno no processo de ensino-aprendizagem. O processo de avaliação do aluno não teve muita representação nos profissionais de saúde porque não avaliam os resultados. Esta avaliação só é realizada pontualmente quando se deslocam à Escola para debater os assuntos, mas os professores referem que a realizam, *“A avaliação da efectividade dos projectos de promoção da saúde deverá pôr em evidência o processo e os resultados, considerando, nomeadamente:... em que medida o projecto aumentou as competências em saúde de alunos, pais e professores e evidencia ganhos em saúde (indicadores de saúde positiva)”* (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006:18).

As práticas de educação para a saúde instituídas nesta Escola identificam-se com o Modelo Moderno, pois consubstanciam-se com as suas características: ao contextualizarem as temáticas realizam previamente *“uma análise das atitudes e comportamentos e clarificam os valores”* (Navarro, 1999:16). Para além de transmitirem a informação sobre as patologias e as suas consequências, indicam também as acções para preveni-las (Navarro, 2000) e *“aumentar a informação também sobre Bem-Estar e condições socio-políticas que a influenciam”* (Navarro, 1999:16). A realização das actividades está interligada com as necessidades sentidas e os profissionais para além da informação levam em conta a tomada de decisão e o papel activo dos alunos. Trabalham ‘com’ os alunos e não apenas ‘para’ os alunos, *“Cada criança e jovem da Europa tem o direito e deve ter a oportunidade de ser educado numa escola promotora da saúde”* (Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde. Resolução da 1.^a Conferência. Grécia. 1997).

Interpretando a acção dos alunos desta Escola perante todo o contexto e modelos aplicados em educação para a saúde e depois de todos os resultados serem analisados e discutidos, entende-se que existe relação entre aquilo que os alunos ouvem nas sessões de educação para a saúde, as aprendizagens que fazem e o que aplicam na prática, com o interaccionismo simbólico. A educação para a saúde pressupõe-se numa perspectiva social e procura explicar as relações sociais e aprendizagens dos jovens.

Desde que uma pessoa nasce e experiencia a vida, o *self* muda constantemente, ajusta-se, circunscreve-se. Cockerham (2002) refere o

processo *looking-glass self* de Cooley (que alguns traduzem como o *self espectacular*) comparando este processo de desenvolvimento ao olhar para o espelho, o qual impõe as linhas que delimitam o olhar do indivíduo sobre si mesmo perante o que lhe é transmitido pelo outro. Estas linhas gerais dizem respeito ao modo como os indivíduos imaginam como os outros os percebem, ou levam-nos a interrogar-se acerca do modo como se apresentam perante os outros, ao impacto da reacção de rejeição ou aceitação dos reflexos de si pelos outros. Assim, aquilo que cada indivíduo é, depende com quem interage, das reacções dos outros em relação a si, e da repercussão destas reacções na orientação dos comportamentos futuros (Cockerham, 2002).

A sociedade é concebida como um conjunto de *Self's* individuais que adoptam entre si linhas individuais de acção; que releva as situações (tempos e lugares concretos para a conduta prática) que são as características da vida social que os indivíduos devem definir e os contextos nos quais eles devem pautar as suas actividades; a compreensão cognitiva da situação é a condição necessária para a explicação da conduta social. A cognição, a situação e o ajustamento mútuo formam a base do modelo de sociedade (Skidmore, 1976).

Os seres humanos (os alunos) agem em relação às coisas (aos ensinamentos), tomando por base o significado que as coisas (os ensinamentos) têm para eles (Blumer, 1969); o significado de tais coisas (dos ensinamentos), às vezes, surge de uma interacção social que a pessoa (aluno) tem com seus iguais (Blumer, 1969); esses significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo, usado pela pessoa (aluno) para lidar com as coisas que ele encontra (as influências externas) (Blumer, 1969), isto é, a utilização dos significados ocorre através de um processo de interpretação.

É a interpretação da acção que é importante para o interaccionismo simbólico e só uma variável particular poderá ter várias interpretações para aqueles que na realidade a experimentam (Skidmore, 1976), ou seja, a interpretação que os alunos fazem sobre aquilo que ouvem pode desenvolver-se de diferentes maneiras, *“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 *et al*, 2008:11).

O interaccionismo simbólico constitui-se uma ferramenta teórica que permite compreender a educação para a saúde, revelando e apontando qual o

significado que os jovens em pleno desenvolvimento dão aos símbolos que recebem da relação/interacção entre os professores, os pais e os profissionais de saúde, possibilitando, ainda, apreender se esse significado é decorrente ou resultante da interacção que ocorre entre os elementos envolvidos neste processo educacional. Através da apreensão dos significados dessas experiências, podem-se procurar caminhos com o propósito de qualificar os ensinamentos e a formação prestada, pela aplicação desses conhecimentos na prática de educar em saúde. Em suma, melhorar a educação para a saúde através desta corrente sociológica.

5. CONCLUSÕES E PROPOSTAS

Ao terminar este estudo é o momento de se fazer uma reflexão global sobre a fundamentação teórica e conceptual, as opções metodológicas, a análise dos dados e, sobretudo, de se elaborarem conclusões de acordo com a problemática em estudo e com os objectivos formulados inicialmente, finalizando com algumas propostas de intervenção.

As principais preocupações centraram-se na educação para a saúde, na prática usual veiculada pelos professores e profissionais de saúde e nos resultados que dela se retiram para a vida diária dos alunos, bem como, o nível de conhecimentos e que aplicação fazem os pais dos alunos sobre assuntos relacionados com a saúde e as perspectivas destes para escolherem para si e para os filhos uma vida saudável e ainda os factores sociais que influenciam a adopção de estilos de vida saudáveis. A preocupação e interesse por este tema surgiu porque as dimensões fundamentais que a educação para a saúde deve conter e as questões relacionadas com todos os aspectos de controlo dos comportamentos de risco são um investimento que se reflecte nos estados de saúde actuais, mas também nos das sociedades futuras. São as razões expostas que justificaram este estudo.

Foi organizado em duas partes que se interligam. Na primeira parte fez-se um enquadramento teórico e conceptual de acordo com a problemática em estudo. A segunda parte foi constituída pelas opções metodológicas, interpretação e discussão dos resultados e após estes, apresentam-se as conclusões e um projecto possível de intervenção e sugestões para futuras investigações.

Relativamente à revisão da bibliografia considera-se que esta tarefa forneceu uma perspectiva do conhecimento existente e permitiu uma sistematização das ideias principais ou conceitos relevantes sobre os quais se construiu a fundamentação teórica.

Após muitas leituras fez-se uma selecção dos conteúdos mais pertinentes, adequados e relevantes. Teve-se a preocupação de dispor os assuntos de forma gradual, a fim de ressaltar aspectos importantes, facilitar a abordagem e possibilitar uma fácil assimilação do conteúdo.

Reflectindo sobre aquilo que se leu ao longo desta primeira parte e, relativamente à educação para a saúde, as perspectivas teóricas consultadas são unânimes quanto à relevância e importância desta área, sobretudo quando inserida nas idades mais jovens. Pronunciam-se também sobre a vantagem da educação para a saúde nesta fase da vida, por estes se encontrarem num período inicial de aprendizagem da saúde em contexto escolar e familiar. Referem também como favorável a educação e a orientação continuada no tempo, bem como a importância da regulação e correcção, em tempo real, pelos educadores, que com disponibilidade, conhecimentos adequados e motivados, devem ajudar os jovens a enveredar por hábitos salutarés.

Os autores são consensuais quanto à educação para a saúde escolar não dever limitar-se a simples informações de assuntos de saúde. A educação para saúde só pode ser efectiva se promover mudança no comportamento da criança e do jovem, tornando-os conscientes do que é necessário à conservação da saúde. Os objectivos a serem atingidos são no sentido não somente de contribuir para que os alunos adquiram conhecimentos relacionados com saúde, mas, principalmente, no sentido de que eles sejam auxiliados a adquirirem, ou reforçarem hábitos, atitudes e conhecimentos relacionados com a prática específica de saúde. A educação para a saúde deveria ser introduzida no currículo de todos os ciclos, através do ensino incidental, quando surgem situações com implicações de saúde durante a rotina e rituais de vida diária da criança e do jovem.

Salienta-se a concordância, entre os autores, quanto ao desfasamento entre aquilo que aprendem na teoria e depois o que fazem na prática, isto é, os ensinamentos sobre saúde na Escola e o que convertem como usos habituais no dia-a-dia. A existência desta divergência é alvo de preocupação e reflexão. A construção de novas significações de acordo com as competências sociocognitivas do jovem, imerso numa dialéctica que se estabelece entre diferentes sistemas de significações propostos pelos diferentes intervenientes, faz com que este seja um participante activo no processo e a mudança de atitudes e comportamentos faz parte dum processo de autonomia e compreensão pessoal. Supõe-se que as significações pessoais vão evoluindo ao longo do desenvolvimento, o que terá que ser necessariamente tido em conta nas acções de educação para a saúde dirigidas a crianças e jovens. A

integração dos conhecimentos pode ser feita através da acção directa pelos professores e profissionais de saúde sobre os alunos, da acção directa sobre os pais e da acção indirecta dos próprios alunos sobre os pais, o que propiciaria a difusão dos conhecimentos, beneficiando toda a comunidade.

Se desejamos jovens saudáveis, se queremos adultos sãos, temos que enveredar por caminhos consensuais assumidos entre os diversos educadores. Por conseguinte, torna-se imprescindível desenvolver competências norteadas pela reflexão das práticas de vida no quotidiano, permitindo às crianças e jovens a busca da visão interactiva das múltiplas relações com o meio, formando futuros Homens capazes de pensar, de criar e recriar e de contextualizar as suas aprendizagens. E, em suma, que se desenvolva ecologicamente.

Enfrentou-se a pesquisa bibliográfica como um caminho convergente que se trilhou para uma melhor compreensão da problemática em estudo, sempre com espírito auto-formativo, sobre vertentes da maior relevância desta realidade complexa, abrangente e ampla.

Relativamente às opções metodológicas, concretizou-se por uma estratégia de abordagem qualitativa e quantitativa, e estando o interesse focado no entendimento de forma absoluta dos aspectos em estudo, pareceu ser indicado realizar um estudo de caso do tipo descritivo sem experimentação, porque através deste se compreendem fenómenos sociais complexos e consegue-se reter características significativas de factos da vida real.

Concentrou-se o interesse em identificar e compreender a educação para a saúde que é realizada na Escola do 2º e 3º ciclo do Agrupamento de Escolas do Ensino Básico Serra da Gardunha do Fundão. Foram inquiridos 412 alunos através de inquérito por questionário. Os dados dos questionários foram tratados em SPSS. Foram também entrevistados cinco professores da referida Escola, onze pais de alunos e três profissionais de saúde, através de inquérito por entrevista. No sentido de obter reacções espontâneas, baseadas nas suas vivências reflectidas, criou-se um guião para as entrevistas. As dezanove entrevistas foram sujeitas à técnica de análise de conteúdo.

Numa abordagem deste tipo, considera-se que o instrumento utilizado para a recolha de informação foi adequado, pois o questionário e as entrevistas

foram propiciadores à descrição de factos e à reflexão sobre eles, permitindo fazer uma análise mais profunda e detalhada a partir de vivências concretas.

Quanto à análise de conteúdo tem-se a referir que, inicialmente, tinha-se a noção de que era uma técnica muito trabalhosa, morosa e complexa, mas era aquela que se ajustava a um estudo desta natureza e aquela que melhor proporcionaria tornar mais objectiva a leitura das entrevistas e sistematizar todos os procedimentos. Ao terminar reitera-se a percepção inicial, afirmando que, realmente, é uma técnica exaustiva mas compensadora, pois ajudou a construir as grelhas para tornar possível, posteriormente, elaborar a análise e a interpretação.

Considera-se que as opções metodológicas foram pertinentes e bem sucedidas. O interesse e as expectativas iniciais mantiveram-se ao longo de todo o estudo, sobretudo, porque é uma temática que se enquadra no meu contexto profissional. Ao vivenciar experiências e contactar com factos, necessitava ver clarificados alguns aspectos para poder reflectir e melhor os compreender.

Este estudo vale pela possibilidade de uma reflexão mais aprofundada sobre questões oportunas e actuais e permite apresentar propostas no sentido de fomentar as práticas de vida saudável.

Assim, conclui que:

1. Quanto ao objectivo geral *“Descrever e analisar a importância da educação para a saúde como factor de transformação social”* conclui-se que a educação é um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a acção educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. A educação para a saúde é uma área em que as suas práticas dão-se ao nível das relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com as Instituições onde aplicam as acções e, sobretudo com os educandos. Assim, deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar o sentido da mudança. A verdadeira transformação social necessita de indivíduos que estejam activamente comprometidos com o processo da transformação pessoal e a educação para a saúde como um processo pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo descobrir a

realidade e propor acções transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação enquanto sujeito social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, da sua família e da comunidade.

2. Quanto ao objectivo específico *“Conhecer as práticas usuais de educação para a saúde efectuadas na Escola, veiculadas por professores, profissionais de saúde e outros especialistas”*:

- Os alunos (94,42%) referem que na Escola se realizam sessões de educação para a saúde, 81,55% expressam compreender as informações que lhes transmitem e os que não compreendem referem os seguintes motivos: 54,32% “Porque utilizam termos (palavras) que não conhece”; 20,99% “Porque não utilizam recursos (filmes, cartazes, etc.) ”; 11,11% “Porque fazem o ensino à pressa”; 8,64% “Porque não permitem diálogo aberto”; 4,94% referem que é “Outra” situação (“barulhos”, “colegas a distraí-los”). A maioria dos alunos (88,08%) gosta dos momentos na Escola em que se fala sobre estilos de vida saudável.

A totalidade dos professores e profissionais de saúde mencionaram a prática efectiva da educação para a saúde na Escola e que se realizam três sessões por ano lectivo. Uma no início de cada período, para posteriormente se trabalhar o tema ao longo dos meses que se seguem. Todos os participantes referem que os temas estão sempre em consonância com as necessidades sentidas e que se adequam à actualidade (alimentação, higiene, drogas, álcool, tabaco, doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, saúde ambiental). Os cinco professores referem que utilizam questionários para detectar as necessidades de formação nos alunos. Nesses questionários os alunos são inquiridos sobre as suas preferências de temas e sobretudo auscultado o seu índice de conhecimentos. Um professor referiu que para analisar as necessidades recorrem também à observação directa.

Relativamente à informação de que necessitam em matéria de saúde, 82,77% dos alunos revelam que é em primeiro lugar proporcionada “Em Casa pelos Pais”; 57,04% é através da “Comunicação Social”; 53,40% “Na Escola pelos Professores”; 33,98% “Através da Internet”; 30,58% “Na Escola pelos Profissionais de Saúde”; 26,94% nos “Livros”; 16,26% “Revistas”; 13,83% “Na Escola com Outros Colegas”.

Há a salientar que 82,77% dos alunos referem que a informação que necessitam relacionada com a saúde lhes é ministrada em casa pelos pais, mas quatro dos pais mencionam que não têm tempo para discutir e analisar temáticas de saúde com os filhos transferindo essa responsabilidade para a Escola.

Todos os professores e profissionais de saúde enumeraram as vantagens da existência de um Plano Anual de Actividades para a educação para a saúde. Todos os elementos do projecto analisam as metodologias a utilizar e optam por aquelas que envolvem os alunos directamente. Estes têm que participar através de debates, trabalhos individuais e de grupo.

Os profissionais de saúde reúnem periodicamente com os professores para analisar possíveis modificações, nomeadamente alteração de temas ou possíveis ajustes em determinadas actividades.

Todos os professores referem que são os enfermeiros que mais vezes se deslocam à Escola, mas outros profissionais também efectuem sessões de informação, tais como médicos e nutricionistas.

Os cinco professores referiram que após as sessões de educação para a saúde avaliam os conhecimentos que os alunos adquiriram. Referem que as metodologias para efectuar tal avaliação variam conforme o tipo de sessão. Utilizam a avaliação oral e a avaliação escrita. Usam a apresentação de trabalhos individuais e de grupo. Outras situações de avaliação remetem os alunos para actividades como por exemplo teatros, debates moderados por um professor, exposição de cartazes e desenhos.

Os professores não executam esta avaliação conjuntamente com os profissionais de saúde que se deslocam à Escola. Não existem actividades ou outra qualquer acção conjunta para avaliarem os conhecimentos adquiridos pelos alunos.

Todos os profissionais de saúde mencionaram não haver o hábito de realizar a avaliação das actividades de saúde e que esta é por vezes feita informalmente, sem qualquer metodologia, através do envolvimento dos alunos nas actividades. Não existe qualquer parceria com a Escola no âmbito de realizarem actividades ou outra qualquer acção para avaliarem os conhecimentos adquiridos pelos alunos e referem também que não controlam

as actividades dos alunos para poder antecipar problemas que possam surgir, pois não têm maneira de o fazer.

Verifica-se que todos os professores e profissionais de saúde estão despertos para esta dimensão importante da saúde e desejam aumentar o nível de conhecimentos científicos, pedagógicos e relacionais. Os professores foram unânimes em mencionar a preocupação existente com a realização de projectos e estabelecimento de parcerias com instituições de saúde e que os dirigentes da Escola estão concentrados em promover a saúde na Escola.

Os alunos foram questionados sobre alguns aspectos relacionados com a promoção da saúde na Escola e 64,56% indicam que “No bar da escola não existem alimentos não saudáveis”; 81,51% referem que “Nas refeições da cantina da escola evitam os alimentos não saudáveis”; 91,75% mencionam que “Há actividades que incentivam a prática desportiva e o exercício físico”; 74,63% referem que “Há actividades que incentivam as boas maneiras, o companheirismo, a solidariedade, etc.”.

Os cinco professores referem que estimulam os alunos para comportamentos favoráveis à saúde, através dos projectos existentes, nas aulas e através de conversas informais.

Os profissionais de saúde mencionam que querem acreditar que os alunos retêm pelo menos algumas vezes alguma informação mas que lhes falta a motivação e os professores revelam preocupação sobre os resultados, porque segundo eles, os efeitos poderiam ser melhores.

Os resultados obtidos sugerem que, na opinião dos participantes, as práticas usuais de educação para a saúde efectuadas na Escola, veiculadas por professores e profissionais de saúde é adequada e facilitadora de aprendizagens em saúde e enquadram-se nas teorias preconizadas. Estas aconselham apoio, orientação e ajuda efectiva ao longo do processo formativo. Os professores e profissionais de saúde têm consciência da importância da educação para a saúde dentro da Escola, visando benefícios aos alunos e à comunidade envolvida. Declararam trabalhar os temas dentro da Escola e proporcionar aos alunos contextos de aprendizagem favoráveis, apesar dos resultados na prática não serem aqueles que pretendiam.

3. No objectivo específico *“Identificar nos alunos e pais conhecimentos adquiridos e as perspectivas sobre a educação para a saúde e respectiva aplicação”*:

- A grande maioria dos alunos (92,48%) referem viver “Com os pais em casa”; 50,73% mencionam que são auxiliados no estudo e 49,27% não são auxiliados durante o estudo; 61,65% NÃO sentem “Necessidade em Falar sobre Assuntos de Saúde com os Pais ou Outros Familiares”. Esta última questão também foi formulada aos pais e quatro pais declararam que não sentem essa necessidade. Na opinião dos alunos, relativamente às “Afirmações Relacionadas com a Saúde”, 58,74% respondem “Sempre” na afirmação *“Os meus pais têm por hábito perguntar-me como correu o meu dia e o que fiz”*; 34,47% dizem “Às vezes” e 6,80% referem “Nunca”.

Quanto ao apoio da família aos alunos, valoriza-se os 49,27% dos alunos que afirmam que não são auxiliados pelos familiares. Os pais indicam o contrário, ou seja, que ajudam mais os filhos do que aquilo que estes mencionaram no questionário.

Cinco pais dos alunos referem não se preocupar em conhecer as necessidades em educação em saúde dos seus filhos, fazem-no apenas quando os filhos o solicitam, mas todos os pais mencionam a falta de tempo. O tema mais abordado com os filhos em casa é a “alimentação”, seguindo-se a “droga” e a “higiene”. Quanto ao costume em vigiar os hábitos dos filhos, sete pais mencionam que vigiam e quatro pais afirmam que não têm essa prática.

Todos os pais admitem que a educação para a saúde é fundamental e deve ser efectuada por todos os intervenientes na educação das crianças e jovens, principalmente pelos pais.

Os onze pais afirmam que é muito importante que sejam ensinados aos filhos matérias relacionadas com estilos de vida saudáveis e todos confirmam a importância da Escola nesta área. Os temas que devem ser abordados na Escola e que referiram com maior frequência são a “alimentação”, o “tabagismo”, as “drogas”, a “cidadania”, o “alcoholismo”.

91,97% dos alunos “Acham importante o ensino de assuntos relacionados com estilos de vida saudável” e 83,50% referem que após receberem a informação sobre estilos de vida saudável comentam o assunto com os pais, outros familiares, amigos e colegas. Relativamente às

“Afirmações Relacionadas com a Saúde”, 53,77% respondem “Às Vezes” na afirmação *“Gosto de ler assuntos que me façam saber como ser mais saudável”*; 36,50% dizem “Sempre” e 9,73% referem “Nunca”.

São 86,83% os alunos que mencionam que “Aplicam na vida diária os conhecimentos adquiridos” e 84,47% “Consideram que têm bons hábitos de vida”. Assim, pelos resultados obtidos verificou-se que:

- 86,13% “Se preocupam em ter atitudes que beneficiam o meio ambiente”.
- 91,50% “Não fumam cigarros”.
- 77,91% “Não bebem bebidas com álcool”.
- 65,05% “Consumem alimentos pouco saudáveis”.
- 85,40% “Praticam exercício físico para além das aulas de educação física na escola”.
- 97,33% “Fazem a higiene do corpo, dos dentes e do vestuário diariamente”.
- 71,12% “Preocupam-se em separar os lixos”.
- Na afirmação *“Levo pão, fruta ou iogurtes para comer nos intervalos das aulas”* 43,20% respondem “Nunca”; 36,89% dizem “Às Vezes” e 19,90% referem “Sempre”.

Nove pais mencionam que os filhos comem alimentos pouco saudáveis. Relativamente às “Afirmações Relacionadas com a Saúde”, constata-se que 58,98% respondem “Às Vezes” na afirmação *“Não interessa aquilo que como desde que me sinta satisfeito”*; 25,73% dizem “Nunca” e 15,29% referem “Sempre”.

A maioria dos alunos (94,17%) expressam que “Os educadores os incentivam a ter bons comportamentos para terem melhor saúde”, também oito pais referem que os incentivam para comportamentos saudáveis. Estes mencionam como incentivos: prática de desporto, alimentação saudável, higiene geral e oral, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas ou substâncias nocivas à saúde, vida ao ar livre, evitar permanência prolongada em bares e discotecas, etc.

Sete pais consideram que têm bons hábitos de vida para se manterem saudáveis a eles e aos filhos e tomam medidas para promover a sua saúde e a

dos filhos, sobretudo na alimentação e higiene. Esforçam-se por lhes transmitir bons exemplos, preocupam-se com o meio ambiente e referem que se interessam em aprender conteúdos relacionados com a saúde para serem mais saudáveis e orientarem melhor os filhos ou outras pessoas.

Assim, constata-se que os alunos e pais evidenciam alguns conhecimentos adquiridos, mas os pais apontam a necessidade em conhecer e aprofundar algumas temáticas, manifestam carências em algumas competências e precisam de aperfeiçoamento no âmbito da sua formação em saúde. Referem aplicar os conhecimentos adquiridos em algumas áreas, embora noutras, nomeadamente, na alimentação, necessitem de estarem mais motivados para o fazer. Os alunos evidenciam desenvolvimento de alguns conhecimentos, revelam consciência das fragilidades e, nalguns casos, evidenciam comportamentos inadequados.

4. Quanto ao objectivo específico *“Descrever os factores sociais que influenciam a adopção de estilos de vida saudáveis nas famílias”*:

Na opinião dos alunos o que mais os influencia para viver o dia-a-dia é: 1º. “Os Pais/Outros Familiares” (65,05%); 2º. “Os Amigos/Colegas” (63,11%); 3º. “A Televisão” (56,31%); 4º. “A Internet” (42,48%); 5º. “A Música” (36,65%); 6º. Os “Professores” (28,40%); 7º. Os “Filmes” (21,84%); 8º. “As Revistas/Jornais” (8,01%); 9º. “O Rádio” (4,61%).

Todos os pais, professores e profissionais de saúde citam em primeiro lugar a família como a responsável pela educação das crianças e dos jovens e uma interferência poderosa nas escolhas para a vida. Na opinião dos alunos, relativamente às “Afirmções Relacionadas com a Saúde”, 50,49% respondem “Às Vezes” na afirmação *“Oíço os conselhos dos meus familiares e sigo-os”*; 43,45% dizem “Sempre” e 6,07% referem “Nunca”.

A televisão, os amigos, a Internet e a Escola, são também outros dos factores que todos os pais, professores e profissionais de saúde apontam como relevantes tanto no processo de educação para a saúde, como no processo de socialização, uma vez que influenciam condutas, atitudes e valores.

A televisão e a Internet foram referidas com frequência por todos os professores e profissionais de saúde.

73,30% dos alunos referem que “Sim, já se sentiram atraídos para fazer algo Positivo que Viram num Filme, na Televisão, Ouviram numa Música ou

que Leram numa Revista”; 65,29% mencionam que “Não”. É importante referir que 34,71% dos alunos referem que “Sim, já se sentiram atraídos para fazer algo Negativo que Viram num Filme, na Televisão, Ouviram numa Música ou que Leram numa Revista”.

Na opinião dos alunos, relativamente às “Afirmações Relacionadas com a Saúde”, 52,43% respondem “Às Vezes” na afirmação “*Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda*”; 29,13% dizem “Nunca” e 18,45% referem “Sempre”.

Um pai referiu o “meio onde vivem” e os “locais de lazer” como factores que influenciam os comportamentos e que podem ter mais impacto do que a família e ainda três pais indicam os factores financeiros.

Todos os pais, professores e profissionais de saúde afirmam que a comunicação social influencia a saúde dos jovens. Todos defendem que a comunicação social pode servir como instrumento decisivo na difusão de aconselhamento positivo.

Todos os professores referem o excessivo número de horas que os jovens passam à frente da televisão e a confiança que depositam na publicidade. Dizem que há necessidade de uma intervenção nos meios de comunicação social para moderação de alguns conteúdos e mencionam também os perigos que a criança ou o jovem correm ao verem televisão, filmes, Internet, etc., sem a supervisão de adultos.

Todos os intervenientes reconhecem que a educação para a saúde é a peça fundamental para um bom crescimento e desenvolvimento saudável e que tem por função tornar a criança e o jovem capazes de alterar os seus hábitos e comportamentos. Portanto, reforçam a ideia que a prática educativa em saúde ajuda a construir um cidadão consciente do seu papel enquanto agente social. Perspectivam na sua aplicação incompatibilidades com os cenários vigentes porque é uma actividade que não dá visibilidade dos resultados a curto prazo.

Preocupam-se por sentirem que alguns alunos não estão motivados para a mudança de condutas. Apreendem a informação mas as intervenções exteriores levam a que dissipem os ensinamentos e a sua aplicação. Os cinco professores referem também que existe uma dicotomia entre aquilo que se solicita aos jovens e aquilo que se lhes oferece.

Após concluir o estudo, algumas questões emergiram, podendo constituir o desenvolvimento de investigações futuras e a implicação em intervenções no âmbito da educação para a saúde.

Quanto à educação para a saúde, sugere-se que:

- Deve haver um esforço partilhado pelos pais, professores e profissionais de saúde para que a educação para a saúde seja contínua e se torne uma constante. Os alunos necessitam de acompanhamento, orientação e apoio. A presença dos educadores em orientação directa é importante e desejável. Se se deseja formar para uma autonomia salutar, há que sustentar primeiro a aprendizagem de forma adequada.

- É urgente desenvolver reflexões entre os pais, professores e profissionais de saúde sobre práticas saudáveis de vida. O ambiente social e familiar em que decorre são fundamentais. Se queremos que os alunos se consciencializem e interiorizem aspectos importantes para uma existência saudável, dos benefícios que esta traz, têm que ser os educadores os primeiros a dar o exemplo através de atitudes e comportamentos benéficos, correctos e que integrem os princípios da boa e eficaz conduta de vida. A autenticidade dos princípios básicos de vida dos educadores permite também uma maior segurança e abertura nos alunos para assumirem novas aprendizagens, para manifestarem as suas dificuldades e receios, para atingirem novos conhecimentos e sobretudo, para sentirem gosto em vivenciarem novas experiências com responsabilidade, com consciência e com vontade de crescer saudavelmente.

- É indispensável que a comunicação social seja prudente, esta está consciente da importância que tem na vida dos jovens e como pode ser preponderante nas suas tomadas de decisão. Daí a necessidade em se convergirem esforços para a inquestionável moderação das mensagens publicitárias e outras.

- É fundamental que a metodologia e as estratégias utilizadas pelos educadores sejam clarificadas e partilhadas com os alunos porque é importante e indispensável que estas favoreçam a participação activa dos alunos na construção do seu conhecimento e promovam a reflexão constante sobre as práticas, a reflexão sobre as realidades vividas e presenciadas e a reflexão sobre a mobilização dos seus saberes. É essencial a prática reflexiva.

- É essencial articular a Escola e os serviços de saúde. Professores e profissionais de saúde das instituições devem concorrer para um trabalho em conjunto em todas as fases, ou seja, juntos devem planejar a educação para a saúde, avaliar os resultados e, conjuntamente, devem tentar minimizar os problemas que poderão surgir. Também em estreita colaboração devem reflectir e discutir sobre modelos de formação e modelos da prática. Ao ser utilizada uma abordagem comum e havendo uma participação activa entre todos os intervenientes, não haverá dicotomias, nem discordâncias, ou seja, todos sairiam beneficiados. É legítimo inferir-se que uma orientação conjunta é um elemento chave no sucesso da formação em saúde. É necessário uma estreita aproximação entre os órgãos de saúde e os de educação para que a educação em saúde melhor se desenvolva.

- É importante e necessário que os educadores tenham formação profissional e pedagógica actualizada e interiorizada. A formação contínua é fundamental para a competência e qualidade que se impõe nos dias de hoje. Deve-se considerar a criação de cursos de actualização organizados com o objectivo de proceder à revisão e actualização dos métodos usados em educação para a saúde e a novos conceitos e novos conhecimentos de assuntos de saúde, bem como possibilitar aos professores e profissionais de saúde conhecer os programas prioritários de saúde na sua área de actuação. Os próprios órgãos de saúde poderão promover esses cursos, inclusivamente para a formação dos pais.

Ao optar-se por um estudo de caso, descritivo, sem experimentação, teve-se presente que este constituiria uma base de trabalho, podendo abrir caminho ao desenvolvimento e concretização de investigações futuras pela abrangência e complexidade desta problemática. Da progressão do processo investigativo sobressaiu a necessidade de aprofundar a razão de não se adoptarem práticas benéficas na vida diária, quando até existe conhecimento sobre elas e se sabe que a saúde depende desses hábitos e é um bem precioso. Porquê? Gostaria de tentar ir até ao cerne da problemática para compreender o que existe na realidade e tentar justificar tal desajuste, tão preocupante para o bem-estar das gerações vindouras.

Deixa-se também como sugestão a realização de um estudo que replicasse este, mais abrangente e realizado em mais Escolas, isto é,

extensível a mais participantes e que permitisse estabelecer comparações. Talvez fossem revelados aspectos interessantes, que se pudessem generalizar, assim como uma futura investigação que se debruce apenas sobre a motivação em educação para a saúde e respectiva aplicação de comportamentos saudáveis, dimensão que se evidenciou não só relevante, mas também problemática.

Tem-se também a intenção de apresentar e discutir as conclusões deste estudo com os alunos, os pais, professores e profissionais de saúde, no sentido de se reflectir em conjunto sobre as possíveis maneiras de modificar alguns aspectos menos positivos e apresentar o Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde.

Assim, o corolário deste estudo é o 4º objectivo específico *“Apresentar propostas de intervenção no sentido de melhorar a qualidade e eficácia dos processos de educação para a saúde na Escola”*. Se com este estudo conseguir implementar o projecto que a seguir se descreve e levar os intervenientes à reflexão, considera-se que a sua finalidade foi conseguida.

5. 1. Projecto de Intervenção em Educação para a Saúde

Com este projecto pretende-se promover a educação para a saúde em meio escolar, processo para o qual contribuem os sectores da educação e da saúde, assim como contribuir, em última instância, para a adopção por parte da Escola, de políticas e práticas condizentes com a promoção da saúde, desenvolvendo harmoniosamente os jovens em todas as suas vertentes: cognitivas, afectivas e sociais.

A função deste projecto de promoção e educação para a saúde é capacitar os alunos para gerirem o seu potencial de saúde e assim viverem situações de bem-estar físico, psíquico e social, considerando os alunos sujeitos-actores no desenvolvimento de competências.

Educar é proporcionar o acesso ao conhecimento, desenvolver capacidades (raciocínio, sentido crítico...), desenvolver atitudes (como resultados das aprendizagens com os outros) e valores individuais (responsabilidade, sentido de coerência, resiliência....) para se tomarem decisões responsáveis e adequadas.

Dentro desta perspectiva, a educação para a saúde deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e conseqüentemente a saúde colectiva.

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.

A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão. Daí, a importância da abordagem da educação para a saúde em meio escolar.

Cumprindo o Despacho nº 2506/2007 de 20 de Fevereiro, no sentido da implementação de actividades para a promoção da saúde dos alunos, a Escola terá que contemplar algumas das vertentes deste tipo de intervenção. Na selecção das actividades e temas foram tidos em conta, o nível etário dos alunos, os problemas mais frequentes, e a disponibilidade dos recursos para tais actividades.

5.1.1. Enquadramento e Objectivo Principal

Com o objectivo de apresentar propostas de intervenção no sentido de melhorar a qualidade e eficácia dos processos de educação para a saúde nesta Escola, elaborou-se este Projecto de Intervenção para três anos, que foi percebido e concebido de modo aberto, flexível, sistémico e em concordância com os resultados obtidos no estudo.

Pretende-se que as suas linhas orientadoras e de actuação possam servir de base para uma definição mais específica, a desenvolver no âmbito da educação para a saúde e que venha a ser incluído no Projecto Educativo da Escola e nos Planos de Actividades anuais ou plurianuais, num contexto de participação efectiva de todos os órgãos da Escola e com a colaboração dos parceiros educativos, num processo amplo de discussão e de partilha de ideias.

Importa, pois, que o esboço de acção proposto neste Projecto de Intervenção seja, através dos órgãos da Escola, verdadeiramente divulgado, discutido e negociado com os diversos actores da comunidade educativa e de saúde, num processo articulado de acção estratégica conjunta, de modo a que o mesmo possa ser verdadeiramente assumido por todos os intervenientes.

Ou seja, pretende-se que este Projecto seja um documento orientador de processos dinâmicos e participados, que possibilitem dar resposta à multiplicidade e especificidades dos desafios que actualmente se colocam à Escola no âmbito da saúde e cidadania.

A adopção de medidas que promovam a saúde no meio escolar é um de entre os objectivos prioritários da política educativa, e cumprindo o Despacho nº 2506/2007 de 20 de Fevereiro, no sentido da implementação de actividades para a promoção da saúde direccionadas neste caso, para as necessidades existentes detectadas no estudo, cumpre-se elaborar propostas de intervenção, actuando numa acção de permanente desenvolvimento, visando contribuir para a aquisição de competências por parte da comunidade escolar, que lhe permitam confrontar-se confiada e positivamente consigo própria e, bem assim, fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis, estimulando o espírito crítico e construtivo, verdadeiro pressuposto do exercício de uma cidadania activa.

5.2. Objectivos

Neste sub-capítulo os objectivos são apenas enumerados e mais à frente explica-se e fundamenta-se a razão da sua inclusão no Projecto. Assim, delinear-se-iam como intenções a atingir:

- Criar um Gabinete para Alunos: Gabinete Vida Feliz.
- Criar uma Escola de Pais: Vamos Aprender Saúde.
- Promover a educação alimentar em meio escolar.
- Promover a prática de actividade física sistemática, regular e orientada.
- Prevenir atitudes de consumo de substâncias nocivas (tabaco, álcool e drogas).
- Promover a saúde ambiental.
- Promover a saúde mental.
- Promover hábitos saudáveis no tempo de lazer/ocupação dos tempos livres.
- Realizar actividades nos dias temáticos de saúde.
- Construir *Kit's* em educação para a saúde.
- Proporcionar formação a professores e outros funcionários.
- Fomentar a parceria entre os profissionais que participam nos projectos da Escola, no sentido de realizarem a avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos alunos em conjunto.

5.3. Temáticas Prioritárias

Foram determinadas pelo Ministério da Educação seis áreas prioritárias de intervenção: infecções sexualmente transmissíveis; sexualidade; prevenção de consumo de substâncias psicoactivas; saúde oral; alimentação e actividade física; violência em meio escolar.

Atendendo a estas prioridades e de acordo com os resultados do estudo, propõem-se as seguintes temáticas:

- Alimentação saudável.
- Exercício físico.
- Tabagismo, alcoolismo e drogas.
- Saúde ambiental.
- Saúde mental.
- Tempos de lazer nos jovens.

-
- Sexualidade.
 - Saúde oral.

5.4. Metodologia

Os temas serão trabalhados de uma forma sistemática procurando-se a fusão da educação para a saúde numa área curricular não disciplinar. A articulação entre professores e profissionais de saúde, desenvolvendo uma planificação comum é, naturalmente, desejável.

Para além dos trabalhos eventuais ou acções a realizar, manter um Gabinete de Apoio ao Aluno: Gabinete Vida Feliz, com vista a informar os alunos e responder às suas dúvidas, anseios e problemas, em tudo o que disser respeito à saúde.

Aproveitando a parceria com o Centro de Saúde do Fundão, solicitar o apoio personalizado e sempre que necessário, e integrar na equipa os profissionais de saúde necessários às acções a desenvolver.

Este projecto está aberto à colaboração dos professores, que com certeza contribuirão com actividades que enriquecerão este projecto.

5.5. Estratégias de Acção

As actividades serão coordenadas pela Coordenadora da Educação para Saúde que dinamizará o projecto global susceptível de assumir diferentes formas e recorrendo a estratégias distintas e variadas. Assim sendo, está pensado um conjunto alargado de actividades cujo calendário, objectivos e responsáveis será elaborado *à posteriori*. Destacam-se, para já, alguns formatos possíveis:

- Exposições temáticas.
- Actividades práticas e/ou desportivas.
- Palestras/colóquios/sessões de esclarecimento.
- Criar pelo menos um grupo de jovens promotores de saúde.
- Trabalhos temáticos.
- Visitas de estudo.
- Folhetos/desdobráveis ilustrativos/cartazes/posters.
- Rastreios (peso, altura, índice de massa corporal, vacinação).
- Realização de actividades para comemoração dos dias temáticos:

- Dia Mundial da Alimentação: oferta aos alunos ao meio da manhã de um pacote de leite, pão de mistura com doce caseiro e uma peça de fruta; apresentação de um filme sobre Uma Alimentação Saudável; elaboração de cartazes e afixados por toda a Escola.

- Dia Mundial do Não Fumador: os alunos redigem frases e imagens sobre os malefícios do tabaco que serão afixadas no *hall* da Escola.

- Dia Mundial da Luta Contra a Sida: elaboração de um trabalho de pesquisa, em que os alunos têm que apresentar como produto final, um desdobrável informativo para distribuir à comunidade escolar neste dia.

- Dia Mundial do Ambiente: visita a um ECOCENTRO.

Com acções de sensibilização e esclarecimento nestes dias.

- Actividades para professores e funcionários: actualização das vacinas e as questões relacionadas com a formação na área da saúde serão também, por inerência, alvo de atenção.

- Rastreio visual.

- Conhecer o grupo sanguíneo.

- Inquéritos aos alunos sobre os temas abordados, com a respectiva auto-avaliação e posterior exploração dos resultados obtidos pelos diferentes alunos.

5.5.1. Gabinete para Alunos: Gabinete Vida Feliz

Nas últimas décadas a OMS tem vindo a dar cada vez mais importância à necessidade de promoção da saúde, como forma de diminuir as desigualdades, capacitar os indivíduos e as sociedades, para obter ganhos em saúde. As declarações internacionais de Alma-Ata, Jacarta, México, a Carta de Ottawa e as Recomendações de Adelaide, são disso exemplo.

A existência de serviços de saúde direccionados aos adolescentes e jovens é colocada como um desafio, para o alcance de melhores condições de vida e de saúde destes indivíduos e das sociedades futuras.

“Os adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de ITS; serão portanto, reforçadas as iniciativas no sentido de adequar e melhorar as condições de acesso e

atendimento dos adolescentes, nos Centros de Saúde e nos Hospitais” (Ministério da Saúde, 2004:17).

A atenção oferecida à saúde nestas faixas etárias e à importância do desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção deve-se principalmente aos efeitos dos seus comportamentos de risco, nomeadamente os que se referem à actividade sexual não protegida, à gravidez na adolescência e ao aumento de doenças sexualmente transmissíveis, onde a Síndrome Humana da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) adquiriu um crescente destaque. Estes parecem ter sido os primeiros factores que levaram ao despertar das consciências sociais e políticas, sobre as especificidades de adolescentes e jovens.

Em Portugal a Lei nº 3 de 24 de Março de 1984, relativa à educação sexual e planeamento familiar viria a criar os Centros de Atendimento de Jovens, locais onde o planeamento familiar constitui uma valência obrigatória. Esta mesma lei veio possibilitar aos adolescentes e jovens o livre acesso às consultas de planeamento familiar até aí, interdito (Associação para o Planeamento da Família, 2008).

Actualmente reconhece-se a importância da criação de serviços de atendimento para a população juvenil, não só pelas questões relacionadas com a sexualidade, mas também porque proporcionam locais que permitem colocar os seus problemas, dúvidas e intervir noutros comportamentos de risco, através do aconselhamento e promoção da adopção de estilos de vida saudáveis.

Desde a década de oitenta desenvolveram-se algumas experiências de atendimento específico a adolescentes, promovidas por Centros de Saúde, Hospitais e outras entidades tais como: Autarquias, Organizações Não Governamentais (ONG), Misericórdias e Universidades. Estas iniciativas ainda são escassas e visam principalmente a sua saúde reprodutiva, continuando os adolescentes a serem atendidos nas consultas de Medicina Geral e Familiar e nas diversas consultas de especialidade, dos hospitais. Deslocam-se habitualmente na companhia dos pais e, nem sempre encontram técnicos sensibilizados e com formação, para as características particulares do atendimento a esta faixa etária.

Os serviços de saúde dirigidos à população juvenil devem ser implementados nos locais onde estes possam ser mais eficientes, não existindo apenas um modelo de actuação, defende a OMS (2002) e acrescenta ainda que as parcerias entre as Escolas e os serviços de saúde são desejáveis.

Os actuais serviços de atendimento são importantes, mas não devem impedir a busca de novos modelos, de forma a atrair e envolver mais adolescentes e jovens para os serviços de saúde. As Escolas são actualmente o local onde os adolescentes passam a maior parte do dia e a escolaridade obrigatória aumentou o número daqueles que nela se mantêm, daí a razão da proposta da abertura de um gabinete neste projecto.

A. Características dos Serviços de Atendimento a Adolescentes

A necessidade de atrair os adolescentes para os serviços de saúde coloca uma questão pertinente: estarão os serviços, as instituições e os seus profissionais preparados e habilitados para o seu atendimento?

A realidade actual não parece ser muito favorável às necessidades dos adolescentes: falta de privacidade, instalações exíguas, salas de espera onde se misturam as mais diversas faixas etárias, equipamentos desadequados, decorações infantis, dificuldades na marcação de consultas, consultas rápidas, interrupções frequentes, telefonemas, atitudes paternalistas, irritação, desrespeito pelo pudor, taxas moderadoras, etc.

O quadro atrás descrito não parece ser muito atractivo para captar e fidelizar os adolescentes. Não estarão os serviços de costas voltadas para eles? Os profissionais habituaram-se a cuidar de doentes e os serviços a acolhê-los, o adolescente é habitualmente saudável, um “contratempo” que provavelmente os afastou dos serviços de saúde.

Quais serão então as características que devem possuir os serviços de atendimento a adolescentes?

Estes serviços são designados pela OMS como *“Adolescent friendly health services”* (OMS, 2002:25) e são caracterizados como: serviços acessíveis, equitativos, aceitáveis, apropriados, abrangentes, eficazes e eficientes.

Acessíveis porque os serviços devem funcionar em locais de fácil acesso para os adolescentes e a horários compatíveis com as suas disponibilidades. Nem sempre as instituições de saúde são os locais mais apropriados, sendo necessário procurar outros espaços alternativos mais frequentados por eles. Os espaços, além de acessíveis, devem também ser convidativos, agradáveis e oferecer privacidade.

Quando se fala em acessibilidade é importante referir-se os custos. Nesta fase da vida os recursos financeiros são escassos e habitualmente o adolescente vive economicamente dependente dos pais, pelo que, os custos do serviço podem representar um entrave à sua utilização. O ideal é que seja gratuito.

Equitativos porque garantem cuidados de saúde a todos os adolescentes, independentemente do sexo, etnia, religião, opção sexual ..., são por isso serviços inclusivos.

Aceitáveis porque são entendidos pela comunidade onde estão inseridos, como importantes para os adolescentes e é reconhecida a sua importância. Torna-se essencial considerar a comunidade e os seus recursos como parceiros nestes projectos. Desta maneira evitam-se preconceitos acerca destes serviços e optimizam-se recursos.

Apropriados e abrangentes, aqueles que são adequados às necessidades dos adolescentes oferecendo por isso uma prestação de cuidados o mais abrangente possível e de acordo com as necessidades específicas deste grupo etário (físicas, psicológicas e sociais). Não efectuem procedimentos desnecessários

A formação dos seus técnicos deve fornecer os conhecimentos científicos sobre o desenvolvimento normal do adolescente, os seus problemas de saúde mais comuns, diagnóstico e tratamento. Deve também garantir a referência a outros serviços de saúde e utilização dos recursos comunitários.

Eficazes e eficientes porque são desenvolvidos por profissionais de saúde habilitados treinados e motivados, capazes de comunicar com os adolescentes, sem paternalismos ou julgamentos. Devem basear-se em sistemas de melhoria da qualidade e aperfeiçoamento, serem desenvolvidos ao menor custo possível, evitando o desperdício.

Devem guiar-se por protocolos, normas e possuírem um sistema de registos capaz de controlar e aperfeiçoar o desempenho. Têm de possuir os equipamentos e recursos necessários à prestação dos cuidados.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) elaborou os requisitos para o atendimento ao adolescente, neles são abordados outros factores essenciais ao atendimento, tais como:

- Competências relacionais apoiadas no respeito e sensibilidade;
- Importância de desenvolver o trabalho em equipas multidisciplinares;
- Tempos de espera reduzidos e serviços desburocratizados;
- Relação empática como indispensável ao sucesso do processo terapêutico;
- Confidencialidade e privacidade;
- Comunicação adequada através da utilização de uma linguagem de fácil compreensão;
- Estimulação do diálogo entre o adolescente, Escola e comunidade;
- Promoção da autonomia através da responsabilização dos adolescentes pela sua saúde.

O desenvolvimento de projectos e serviços, que promovam o atendimento aos adolescentes em moldes adequados é desejável, porque tem sido amplamente demonstrado que este tipo de abordagem permite evitar duplicação de consultas, proporcionando uma maior adesão e menor absentismo escolar (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009).

O atendimento ao adolescente requer algumas considerações sobre aspectos éticos que lhe são inerentes, respeito pela autonomia, confidencialidade, privacidade, maturidade e a capacidade de julgar/consentir do adolescente.

O estatuto jurídico do adolescente por ser menor de idade aos olhos da lei, delega aos seus representantes legais o consentimento.

O art. 38º n.º3 do Código Penal reconhece actualmente, a quem tiver mais de catorze anos, a capacidade de consentimento tendo para isso que manifestar capacidade de entendimento para avaliar o sentido e alcance dos seus comportamentos. Também o art. 6º n.º2, da Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, refere que a opinião do menor é tomada em

consideração como factor cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.

Os serviços de atendimento para adolescentes devem reger-se por princípios éticos que favoreçam a relação terapêutica, a autonomia do indivíduo e o responsabilizem pelas suas escolhas. O atendimento tem de considerar as leis vigentes e actuar em função da protecção do adolescente, da sua saúde e qualidade de vida.

B. Caso Prático: Gabinete Vida Feliz

O Gabinete Vida Feliz neste Projecto deverá ser uma parceria da Escola EB/2,3 da Serra da Gardunha e do Centro de Saúde do Fundão. Enquadra-se no Programa de Saúde dos Adolescentes e nas orientações estratégicas para 2004-2010 do Plano Nacional de Saúde relativas à saúde da população juvenil.

Deverá consistir no atendimento dos alunos da referida Escola. O atendimento deverá ser gratuito e não obedecer a marcação prévia, os alunos são atendidos por ordem de chegada e será um local onde poderão colocar os seus problemas e dúvidas.

Deverá ser constituída uma equipa de saúde que bissemanalmente prestará apoio aos alunos da Escola.

O horário de funcionamento será definido com a direcção da Escola. A elaboração do horário deve ter em conta os principais intervalos já que os tempos disponíveis pelos adolescentes são escassos devido às aulas de substituição.

Os objectivos gerais definidos para o Gabinete Vida Feliz devem constar no Plano de Actividades e são:

- Prestar cuidados de saúde dirigidos aos alunos.
- Reduzir comportamentos de risco nos jovens escolares.
- Optimizar os recursos pessoais de cada jovem responsabilizando-os nas suas escolhas.

Actividades propostas: entre outros aspectos, apoio à vida sexual com actividades de planeamento familiar e dentro destas, o fornecimento gratuito de meios contraceptivos. O fornecimento de material de suporte informativo e o auxílio na execução de trabalhos escolares na área da saúde.

Deve ser elaborada uma carta onde são explicados os objectivos e o funcionamento do Gabinete e enviada à Associação de Pais do Agrupamento.

O Gabinete deverá possuir um serviço de atendimento telefónico que permita aos alunos recorrerem em tempo útil aos profissionais envolvidos, para a resolução dos seus problemas e ainda ser criado um endereço de correio electrónico para colocação de dúvidas e contacto com a equipa.

C. Divulgação do Gabinete aos Alunos

Considera-se a divulgação do Gabinete um elemento essencial para o sucesso do mesmo, pelo que foram delineadas estratégias que consistem em:

- Elaborar suporte informativo em papel a ser distribuído aos alunos, explicando o que o Gabinete tem para lhes oferecer, a gratuidade, a confidencialidade e poderem recorrer a ele na companhia de um amigo ou em grupo.

- Abordagem directa pelos elementos da equipa aos alunos durante os intervalos, salientando o empenho da equipa em ajudar na resolução dos seus problemas.

Com o aspecto informal da divulgação pretende-se criar uma relação de proximidade com os alunos e permitir a colocação de dúvidas.

Poderão ser os alunos a elaborar os cartazes identificativos do Gabinete e sua localização na Escola, apelando-se desta forma à participação activa dos alunos, à sua criatividade, envolvendo-os no projecto, para desenvolver neles sentimentos de pertença ao mesmo.

- Solicitar aos directores de turma a divulgação junto dos alunos.

D. Recursos Físicos, Humanos e Materiais

- Recursos físicos: local próprio para o atendimento dos alunos.

- Recursos humanos: profissionais de saúde, professores e um administrativo com formação na área. Pelo menos um docente que apoie a equipa de saúde e sirva de elo de ligação com os diversos órgãos da Escola. A coordenação do gabinete é da Coordenadora da Educação para a Saúde.

- Recursos materiais:

Equipamentos: esfigmomanômetro, ortoscópio, balança, fita métrica, aparelho para medição da glicemia capilar, termómetro, estetoscópio, mochila e saco para transporte do material.

Consumíveis: Preservativos e outros métodos contraceptivos, Testes Imunológicos de Gravidez (TIG), sacos e copos descartáveis, luvas, fitas de glicemia, lancetas, espátulas, envelopes.

Impressos: fichas, requisições de exames, pedido de receituário, agenda, gráficos de peso e índice de massa corporal.

Material educativo utilizado na consulta e fornecido: folhetos, cartazes, álbuns seriados, livros e vídeos educativos.

5.5.2. Escola de Pais: Vamos Aprender Saúde

O papel da família na vida de um jovem é fundamental na sua formação. Nos dias que correm a função educacional da família é cada vez mais urgente, não podendo ser essa responsabilidade delegada apenas na Escola.

A adopção de estilos de vida saudável do aluno também depende do interesse e do apoio que a família revela. Constata-se que muitas vezes este não lhe é dado, por falta de tempo, de sensibilidade, de conhecimentos e também devido ao facto do aluno ou dos pais permanecerem pouco tempo em comum no meio familiar.

Assim, tal como os professores e os profissionais de saúde necessitam de actualizar os seus conhecimentos e encontrar novas estratégias para alcançar os objectivos a que se propõem, também se constata que os pais referiram necessitar de formação, para em conjunto com a Escola poderem colmatar as dificuldades que surgem e não responsabilizar apenas a Escola para educar os filhos em saúde.

Numa sociedade cada vez mais globalizante, com uma exigência de resposta a todo o momento, é necessário pôr em marcha projectos concretos, espaços de reflexão e diálogo sincero. Assim é necessário um trabalho conjunto entre pais e todas as estruturas envolvidas na difícil missão de educar para que, o resultado final e mais importante de todos seja orientar os jovens para a elaboração de um projecto de vida.

Propõe-se neste Projecto a criação de uma Escola de Pais: Vamos Aprender Saúde, devido à necessidade em atender a estas grandes dúvidas quanto à formação dos filhos e muitas vezes quanto à relação pais/filhos.

Pretende-se aprofundar questões comportamentais e de atitudes, fazer pensar, num espaço precioso de debates, reflexões, diálogos e troca de experiências.

Com esta integração Família/Escola, propõe-se evitar alguns problemas quer no comportamento, quer na saúde física e mental dos alunos.

Enunciam-se áreas fundamentais e que justificam a necessidade da criação da Escola de Pais: Vamos Aprender Saúde:

A função insubstituível da família nas áreas: cultural, educativa e de integração social.

A sociedade actual e suas características: consumista, materialista, individualista e instruída e não formada.

Modelo tendencial de educação actual: bem-estar contínuo, ausência de esforço, individualismo e falta de responsabilidade.

Se as Escolas dos filhos são diferentes, também os modelos das Escolas de pais o devem ser, de modo a permitir a flexibilidade total, para a sua concretização de acordo com cada realidade.

Assim para iniciar a estruturação de uma Escola de pais será necessário fazer um levantamento de todas as questões que podem estar ligadas com este paradigma. Tais como: um estudo de modo a permitir um suporte teórico mais sustentado, bem como um trabalho de campo prévio, com todos os possíveis parceiros envolvidos, em particular os pais, de modo a constatar as suas necessidades e expectativas.

Objectivos

Os pais como responsáveis pela educação dos seus filhos necessitam de fazer aprendizagens em grupo, saber mais e melhor sobre as vivências de cada um. Devem interagir e proporcionar uma ajuda mais eficaz aos seus filhos e um melhor acompanhamento com segurança. Partilhar experiências, tomadas de decisão, de modo a contribuir para a sua formação integral.

Delinearam-se os seguintes objectivos:

- Proporcionar aos pais a aquisição de conhecimentos em saúde.
- Favorecer a reflexão e debate sobre temáticas relacionadas com saúde.

-Proporcionar aprendizagens em grupo, favorecendo a partilha e testemunho de situações vividas.

-Promover actividades de formação e cursos de educação familiar desenvolvidos através de metodologias específicas. Construir um núcleo de recursos na área da educação em saúde segundo as necessidades dos pais.

-Criar um espaço de participação para os pais como integradores na comunidade educativa.

- Desenvolver as competências em saúde dos pais.

Destinatários

Pais, mães e outros familiares que directa ou indirectamente estão relacionados com a educação do aluno.

Competências

-Colaborar em actividades culturais e recreativas, fomentando o aproveitamento equilibrado dos tempos livres.

- Conhecer métodos, técnicas e atitudes comportamentais de saúde que possam potenciar a saúde dos filhos.

Operacionalização

- Parcerias com Centro de Saúde e Associação de Pais.

Coordenação

- Um Pai/Mãe e um professor voluntário.

Espaço Físico

- Na Escola e Associações (desportivas, culturais, etc.)

Regime de Funcionamento

- A acordar entre os intervenientes de acordo com as especificidades do grupo.

Actividades Paralelas

No mesmo horário de funcionamento da Escola de Pais: Vamos Aprender Saúde, podem funcionar actividades paralelas para os filhos de acordo com o interesse destes: música, teatro, desporto, clubes, informática etc.

Estas actividades podem ser asseguradas por um professor, pai (especialista) ou outro membro da comunidade reconhecidamente competente na respectiva área.

Avaliação

- Auto - Avaliação.
- Constatação de presenças.
- Um pequeno questionário (em cada período lectivo).

Metodologia

A Escola de Pais: Vamos Aprender Saúde utilizará um quadro de colaboradores devidamente preparados em saúde, em que, periodicamente se vão debatendo sucessivamente vários temas aprofundados em grupo, dando aos pais conhecimentos capazes de neles encontrarem soluções para os problemas do dia-a-dia.

- Dinâmica de grupo, representações/ jogo de papéis, incidentes críticos e debates.

- Os pais são convidados a observar e descrever as suas práticas quotidianas, a analisar os actos e os seus significados e a confrontar, em grupo diferentes pontos de vista.

Desenvolvimento da aula/sessão

A aula deve dividir-se em dois momentos:

1º- Momento teórico de informação: os pais recebem informações sobre temas diversos.

2º- Momento de reflexão: após a aula teórica, reflecte-se sobre as informações adquiridas, possibilidades de aplicação e posicionamentos pessoais frente a estes temas ou outros que forem surgindo.

Pretende-se assim: fomentar a autoconfiança, melhorar a comunicação, consciencializar sobre a responsabilidade em saúde, trocar informações e conhecimentos formais, fomentar a compreensão e implementar a cooperação.

O programa terá especialistas convidados dentro das várias áreas ligadas à família e saúde.

Devem ser promovidos: conferências, workshops, oficinas pedagógicas e convívios e/ou encontros.

Temas das aulas/sessões

De acordo com estes aspectos existem temas possíveis:

- Os pessoais: relacionam-se com o modo de ser, estar e actuar de cada pessoa.

- Os ambientais: estão ligados às influências que o ambiente familiar, a Escola, a sociedade, exercem sobre a saúde.

- Os familiares: envolvendo as relações familiares, o tipo de convivência, o grau de autonomia e liberdade, os sistemas de comunicação e a relação família /Escola.

Face ao reconhecimento da importância dos pais na vida dos filhos, entende-se que apresentar este projecto é uma mais-valia, porque os pais têm necessidade de apoio para poderem exercer com êxito a sua função de educadores, preparando os filhos para viver e participar, harmoniosa e activamente na sociedade e o capital humano dos próprios pais, devido às suas experiências e conhecimentos diversificados, podem também enriquecer um projecto desta natureza. A família continua a ter uma dimensão educativa e transmissora de valores que não se pode negar ou menosprezar.

5.5.3. Construir *Kit's* em Educação Para a Saúde

Os *Kit's* escolares de educação para a saúde:

“...são “caixas pedagógico-didáticas”, acompanhadas de um manual que contém: material de laboratório para o tratamento da informação de saúde... material para o desenvolvimento de competências sociais, de auto-regulação do comportamento, material para o desenvolvimento de um suporte ambiental e social favorável à mudança da conduta preconizada, instrumentos de avaliação do programa... o objectivo é apoiar os professores na implementação de projectos de educação para a saúde com um racional teórico subjacente e uma avaliação da interpretação... e deve ser seleccionado em função da conduta negativa a modificar e adaptado à realidade escolar...” (Vilaça e Carvalho, 1999:471).

A construção dos *Kit's* não é uma ideia inovadora e é cada vez mais frequente a sua utilização, sobretudo na prevenção primária do VIH/SIDA, embora em outros temas seja quase inexistente. É eficaz mas trabalhoso, requerendo o dispêndio de muito tempo para a sua concretização.

O *Kit* que neste projecto se propõe contém diversos tipos de actividades de promoção da educação alimentar. Está organizado em quatro temas: Água:

o Líquido da Vida; Atenção às Gorduras!; Os Açúcares Prejudiciais; O Álcool na Saúde (Adaptado de Vilaça e Carvalho, 1999).

A construção do *Kit* está centrada na informação/motivação para a mudança de comportamento, pelo ensino laboratorial dos fundamentos nutricionais e pelo desenvolvimento de competências pessoais e sociais, nomeadamente de resolução de problemas.

A estruturação do *Kit* engloba a definição de objectivos, as atitudes que se pretendem desenvolver nos jovens, o que a caixa pedagógico-didáctica deve possuir (jogos para detecção das ideias dos alunos, material de laboratório com informação científica básica, protocolos experimentais, material para desenvolvimento de competências pessoais e sociais, por exemplo situação de *role playing*), etc.

Esta construção do *Kit* proposto neste Projecto será efectuada posteriormente em reunião com os professores, para que estes colaborem e aconselhem quais os trabalhos laboratoriais e protocolos experimentais que se devem utilizar.

5.6. Avaliação do Projecto

A avaliação será feita com base em relatórios elaborados por actividade, pelos professores, profissionais de saúde e pais envolvidos e também por inquéritos aplicados aos alunos, assim como por relatórios de actividades desenvolvidas pelo grupo de jovens promotores de saúde.

5.7. Considerações Finais

Ao concluir este Projecto de Intervenção e nas medidas propostas, e na reflexão sobre o que a Educação para a Saúde representa, tem-se consciência que não é de todo uma missão fácil. No entanto, acredita-se que com projectos, perseverança e muito trabalho, consegue-se impulsionar um movimento no sentido de todos os jovens alunos de hoje e futuros Homens de amanhã, desejarem criar as condições para crescerem bem e felizes, perpetuando por todas as gerações seguintes este sentimento.

Nas actividades propostas expôs-se aquilo que os resultados deste estudo apresentaram: trabalhar com os alunos temas sobre alimentação, tabagismo, alcoolismo, drogas, ambiente, exercício físico, tempos de lazer,

sexualidade, saúde oral. Criar condições para uma comunicação eficaz e resolução de problemas com a formação de um gabinete na Escola. Apoiar os pais que referem necessidades educativas em saúde, com a criação de um espaço para o efeito. Realizar actividades de rastreio para monitorizar as condições de saúde dos alunos e promover o hábito dos profissionais avaliarem os conhecimentos dos alunos, conjuntamente, tornando-se uma necessidade.

6. BIBLIOGRAFIA

AFONSO, Noémia; MELO, Pedro C.; RAMALHÃO, C. (1999). Riscos Associados ao Consumo do Tabaco. 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.

ALARCÃO, Isabel (org.) (1996). *Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora.

ALMEIDA, João Ferreira de, et al (1994). *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Ed. Universidade Aberta.

AMIGUINHO, A. (1992). *Viver a formação. Construir a mudança*. Lisboa: Educa.

ANDRADE, M^a Cláudia Perdigão (2001). Psicologia da Saúde: Contributos para uma Abordagem Interdisciplinar da Educação para a Saúde. *Referência - Revista de Educação e Formação em Enfermagem*. (7), pág.17 – 24.

ANTON NARDIZ, Maria Victoria (1989). *Enfermería y atención primaria de salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.

APF (2008). *Manual de Educação Inter-Pares em Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva*. Lisboa: APF.

BANDURA, A. (2008). A Evolução da Teoria Social Cognitiva. In Bandura, A.; Polydoro, S.; Azzi, R. *Teoria Social Cognitiva – Conceitos Básicos*, pág. 15-41. São Paulo: Artmed.

BANDURA, A. (2001). Social cognitive theory of mass communications. In Bryant, J.; Zillman, D. (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research*, pág.121-153. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

BANDURA, A. (1997). Self-efficacy and health behavior. In Baun, A.; Newman, S.; Weinman, J.; West, R., McManus, C. (Eds.). *Cambridge handbook of Psychology, Health and Medicine*. United Kingdom: Cambridge University Press.

BANDURA, A. (1994). Cognitive Theory and exercise of control over HIV infection. In DiClementi, R.J.; Peterson, J.L. (Ed.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioural interventions*, pág. 25-60. New York: Plenum Press

BANDURA, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In DiClementi, R.J. (Ed), *Adolescents and AIDS. A generation in jeopardy*, pág. 89-116. Newbury Park: Sage.

BANDURA, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*. 44, pág.1175-1184.

BANDURA, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In Mays, V.; Albee, G.W.; Schneider, S.F. (Eds). *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*, pág.128-141. Newbury Park: Sage.

BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), pág.191-215.

BARBOSA, António (1987). "Educação para a saúde: determinação individual ou social?" *Revista Crítica de Ciências Sociais*. (23), pág. 169-184.

BARDIN, Laurence (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BELL, Judith (1997). *Como realizar um Projecto de Investigação: Um Guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação*. Lisboa: Gradiva-Publicações.

BELO, Ana Paula (2005). *Educação Para a Saúde - Texto de Apoio*. Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

BENNETT, P; MURPHY, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

BERBAUM, Jean (1993). *Aprendizagem e Formação*. Porto: Porto Editora.

BERTRAND, Yves (2001). *Teorias Contemporâneas da Educação*. Lisboa: Edições Instituto Piaget.

BLACK, Joyce M.; MATASSARIN-JACOBS, Esther (1996). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Uma Abordagem Psicofisiológica*, Vol. 2 Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

BLOOM, B.S.; ENGELHART, M.D.; FURST, J.E.; HILL, W.H.; KRATHWOHL, D. R. (1977-a). *Taxionomia de objetivos educacionais – 1-domínio cognitivo*. Porto Alegre: Editora Globo.

BLOOM, B.S.; KRATHWOHL, D.R.; MASIA, B.B. (1977-b). *Taxionomia de objetivos educacionais – 2-domínio afectivo*. Porto Alegre: Editora Globo.

BLUMER, Herbert. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Berkeley: University of California Press.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

BOLANDIER, Verolyn (1998). *Enfermagem Fundamental Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidata.

BONITO, Jorge (2009). Auxiliares de Acção Educativa e Socorrismo: Uma Combinação Formativa. In Bonito, Jorge (Coord.) (2009). *Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas*. Volume I. Évora: Universidade de Évora.

BRITO, I. (2009). Promoção da saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares - Intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. *Enfermagem e o cidadão, Jornal da secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, ano 7, n.º 19, pág. 6-9.

BRITO, I. et al. (2008). Antes que te queimes: educação pelos pares em contexto recreativo. *INFAD Revista de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Vol. 4, n.º 1, pág. 329-338.

BRUHN, J. G. (1988). Life-style and health behavior. In Gochman D. S. (Ed.), *Health behavior: Emerging Research Perspectives* (Pág. 71-86). New York: Plenum Press.

CANÁRIO, Rui (2000). A Aprendizagem ao longo da vida. Análise crítica de um conceito e de uma política. *Psicologia da Educação*. Lisboa: S. Paulo, pág. 29-52.

CANÁRIO, Rui (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In Canário, R. (org.) *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

CARAPINHEIRO, Graça (1986). *Sociologia, Problemas e Práticas*. Nº1, A Saúde no Contexto da Sociologia, pág. 9-22.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela (1998). *Metodologia de Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.

CARMO, Isabel do (1999). Estratégias da Educação: Educação Alimentar nas Sociedades Desenvolvidas. 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.

CARMONA; OTERO, Gestal. (1998). Capítulo 3 da parte XXIII do livro de TEIXIDOR, J. Rodes, et al – *Medicina Interna*. Barcelona: Masson, Tomo II.

CARRILHO, Maria José e PATRÍCIO, Lurdes (2003). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista Estudos Demográficos*. Nº 36, INE: Lisboa.

CARVALHO Teixeira, J. A. (2000). O que faz falta na prevenção primária em saúde. In Ornelas, J; Maria, S. (Eds.), *Actas da 1.ª Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental*, pág. 71-78. Lisboa: ISPA.

-
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006). *Educação Para A Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- CARVALHO, J. N. (1990). Comportamentos desviantes. In Campos, B. P. (Ed.), *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens*. Pág. 214-249. Lisboa: Universidade Aberta.
- CHEESEMAN, Glória S., et al (1989). *Manual de Educación Sanitária del Paciente*. Vol. 2 Barcelona: Doyma.
- CHARON, Joel M. (1992). *Symbolic Interactionism – An Introduction, an Interpretation, an Integracion*. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- CLAES, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Verbo.
- COCKERHAM, William C. (2002). *Sociologia de la Medicina*. Madrid: Ed. Pearson Educación, S.A., Prentice Hall.
- COLEMAN, J. C. (1985). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (1986). *1ª Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 7 pág. (versão portuguesa).
- CONNER, M.; NORMAN, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In Conner, M.; Norman, P. (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*, pág. 1-22. Buckingham: Open University Press.
- COSTA, M.; LÓPEZ, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- CURWING, Richard L., et al (2000). *Como fomentar os Valores Individuais*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- CRUZ, Braga (sd). *Teorias Sociológicas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- CUSTÓDIO, José António S.; CABRITA, M. Fátima G. (2002). Educar para a Saúde: Prioridade em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Sinais Vitais*, nº 44, Editora Porte Pago, pág. 55-58.
- DECI, E.L., RYAN, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum.
- DECI, E.L., RYAN, R.M. (2000). The what and why of goal pursuits: Human needs and self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11 (4), pág. 227-268.
- DECI, E.L., RYAN, R.M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester: The University of Rochester Press.

DECONCHY, Jean-Pierre (sd). *O desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente*. Coleção Para Viver Melhor. Lisboa: Editorial Pórtico.

DELAROCHE, Patrick (2006). *A adolescência, desafios clínicos e terapêuticos*. Lisboa: Climepsi Editores.

DIAS, S. F. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Universidade Nova de Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Unidade de Saúde e Desenvolvimento, Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2007). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de situação: Relatório do Director Geral e Alto-comissário da Saúde*. Lisboa: DGS.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2001). *Risco de Morrer em Portugal 1999*. Direcção de Serviços de Informação e Análise, Divisão de Epidemiologia. Lisboa: DGS.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1999). *Saúde Um Compromisso*. Lisboa: DGS.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1997). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: DGS.

DONATI, Pierpaolo (1994). *Manual de Sociologia de la Salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

DONOGHUE, J. (1991). Health Education and the national curriculum. *Health Education Journal*, nº 50 (1), pág.16-17.

DUARTE, Zélia (1999). Álcool e Jovens: um cocktail explosivo? O papel da prevenção em meio escolar. 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.

DUCLOS, Germain; LAPORTE, Danielle; ROSS, Jacques (2006). *A auto-estima dos adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores.

Enciclopédia Geral de Educação (2000). Vol. 5, Lisboa: Oceano.

ESTEVES, António; FLEMING, Arnaldo (1985). *Sociologia. Textos e Notas Introdutórias*. 1º Vol., Porto: Bloco gráfico.

EUROSTAT (Organismo responsável pelas Estatísticas Oficiais da União Europeia) Developing Creative Intergenerational Relations.htm VIVER 2001/2004.

-
- FACHADA, M^a Odete (2000). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.
- FERNANDES, J.P.A.; MOREIRA, Paulo (2007). Comportamento Alimentar. Estudo em Adolescentes de Uma Escola Promotora de Saúde de Viseu. *Alimentação Humana*. Volume 13, nº 1, pág. 20-28.
- FERREIRA, Carvalho; PEIXOTO, João; CARVALHO, Anabela; RAPOSO, Rita; GRAÇA, João; MARQUES, Rafael (1995). *Sociologia*. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal.
- FERREIRA, F.A. Gonçalves (1990). *Moderna Saúde Pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FLICK, Uwe (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor – Projectos e Edições, Lda.
- FLEMING, Manuela (1997). *Adolescência e Autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- FORTIN, Marie Fabienne (1999). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fórum Mundial sobre Educação (2000). *Focalizar Recursos Numa Saúde Escolar Eficaz. Um Programa FERSCO para Melhorar a Qualidade e a Equidade na Educação – Relatório Final*. OMS, UNESCO, UNICEF e Banco Mundial.
- FREIRE, Paulo (1999). *Educação como Prática de Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREITAS, Castro; PAZ, Maria da; FARIA, Paula (1999). Escola Saudável Para Crescer em Saúde. 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.
- GAMEIRO, Aires (1986). *Noções de psicologia e relações humanas*. Porto: Edições Salesianas.
- GASPAR, TÂNIA (2008). Promoção do bem-estar na adolescência: Impacto do estatuto socio-económico e do estatuto migrante. *Análise Psicológica*, nº 2 (XXVI), pág. 265-279.
- GIDDENS, Anthony (2002-a). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- GIDDENS, Anthony (2002-b). *As consequências da modernidade*. Lisboa: Celta Editora.

-
- GIDDENS, Anthony (2002-c). *O Mundo na Era da Globalização*. Lisboa: Editorial Presença.
- GIDDENS, Anthony (1994), *Modernidade e Identidade Pessoal*. Oeiras: Celta Editora.
- GIL, António Carlos (1994). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- GIL, Piedrola *et al.* (1989). *Medicina Preventiva Y Salud Pública*. Barcelona.
- GLEITMAN, Henry (1993). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- GOMIDE, Paula Inez Cunha (2000). A influência de filmes violentos em comportamento agressivo de crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol 13, nº 1. Porto Alegre.
- GONÇALVES, M.G.M. (2003). Concepções de adolescência veiculadas pela mídia televisiva: um estudo das produções dirigidas aos jovens. In Ozella, S., *Adolescências Construídas*. São Paulo: Cortez.
- GOROLL, Allan H., *et al* (1997). *Cuidados Primários em Medicina*. Alfragide: Editora McGraw-Hill.
- GRAHAM, K. (1992). Health Care Reform and Public Health Nursing. *Public Health Nurs*, nº 9 (2), pág.73.
- GREEN, L.W.; KREUTER, M.W. (2005) *O Planeamento do Programa de Saúde: uma abordagem educativa e ecológica*. New York: McGraw-Hill.
- GREEN, L.W.; KREUTER, M.W. (1991). *Health promotion planning – an educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- GREENE, Walter H.; SIMONS-MORTON, Bruce G. (1988). *Educacion para la Salud*. México: Interamericana.
- GRUPO DE EDUCACIÓN SANITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD (2001). *Programa de Actividades de Prevenção e Promoção da Saúde: Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Direcção-Geral da Saúde.
- GUIAS DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE (2001). *Programa de actividades de prevenção e promoção da saúde*. Barcelona PAPPS. Tradução autorizada para a Direcção Geral de Saúde Portuguesa.
- HAGUETTE, Teresa M. F. (1997): *Metodologias qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Vozes.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2004). Estatísticas Demográficas 2003. *Destaque do INE – Portugal*.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2003). Estatísticas Vitais – Mortalidade Infantil. Resultados definitivos de 2002. *Destaque do INE – Portugal*.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002). *Destaque do INE – Portugal*.

JACOBS, Esther Matassarini; BLACK, Joyce M. (1996). *Enfermagem Médico-Cirúrgica, Uma Abordagem Psicofisiológica*. Vol. 2. Rio Janeiro: Guanabara Koogan.

JIMÉNEZ, Cristóbal Jiménez (2001). *Ciências Psicosociais Aplicadas a la Salud II. Antropología, Sociología y Psicología de la Salud*. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.

KAWAMOTO, Emília Emi, et al (1995). *Enfermagem Comunitária*. S. Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Ltda.

LALONDE, Marc (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services.

LAVERACK, Glenn (2008). *Promoção de Saúde – Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, E. Gurney (1977). *Medicina Preventiva*. Pernambuco: Editora Mc Graw-Hill do Brasil.

LIMA, Augusto Mesquitela (1987). *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Editorial Presença.

LARSON, Ron (2010). *Estatística aplicada*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

LÓPEZ, Enrique Martín (2000). *Familia e Sociedad – Una introducción a la Sociología de la Familia*. Madrid: Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra. Ediciones Rialp, S.A.

LOUREIRO, Isabel (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Vol.22, nº2 – Julho-Dezembro 2004, pág.43-55.

MAHLER, H. (1980). "Hospitals and Health for Hal by the Year 2000." *Can. Journal of Public Health*, 70, p. 347-349.

MÃO-DE-FERRO, António (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.

MARIN, J. R. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

MARQUES, Paula (1999). Prevenção do Abuso de Drogas em Meio Escolar. 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.

MARTÍ, José M^a Farré (SD). *Saúde Familiar*. Lisboa: Arte Hogar Europa, Volume II.

MARTÍ, José M^a Farré (SD). *Saúde Familiar*. Lisboa: Arte Hogar Europa Volume III.

MARTIN, A. Z.; CANO, J.F.P. (1992). *Manual de Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Edições Farmapress.

MARTÍN, L., et al (1991). *Metodología de la Enseñanza de Enfermería*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

MARTIN, Christiane (1991). *Soigner pour Apprendre. Acquerir un Savoir Infirmier*. Editions LEP.

MARTIN, Jean (1987). *Pour la Santé Publique*. Lausanne: Ed. Realités Sociales.

MARTINS, A. Nunes; MUÑOZ-SILVA, A.; SANCHEZ-GARCIA, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico*, 39, 1, pág. 7-9.

MASLOW, Abraham Harold. (1985) *Introdução à Psicologia do Ser*. Rio de Janeiro: Ed. Eldorado.

MATOS, Margarida Gaspar; CARVALHOSA, Susana Fonseca (2001). A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia Saúde & Doenças*. Volume 2, nº 2, pág. 43-53.

MATOS, Margarida Gaspar; SIMÕES, Celeste; CANHA, Lúcia (1998). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. In Sardinha, L. B.; Matos, M. G.; Loureiro, I. (Eds.), *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção no âmbito da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: Ed. Faculdade Motricidade Humana.

MATOS, Margarida Gaspar; SIMÕES, Celeste; CANHA, Lúcia (1997). *Comportamentos de Saúde em jovens em idade escolar - Estudo Nacional*. Lisboa: Relatório HBSC / PPES.

MEAD, George Herbert (1934). *Mind, Self & Society*. Chicago: The University of Chicago Press.

MEIL, Gerardo (1999). *La postmodernización de la cultura familiar española*. Madrid: Acento Editorial.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2007). *Despacho nº 2506/2007*. Diário da República, 2ª série – nº 36 – 20 de Fevereiro de 2007, Lisboa: Ministério da Educação.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar: linhas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000). *O que é a saúde na escola. Guião Orientador Escolas Promotoras de Saúde*. 1º Ed. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). *Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Diário da República, 2ª série – nº 110 - 7 de Junho de 2006, Despacho nº 12.045/2006. Lisboa: Divisão de Saúde Escolar.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Saúde XXI – Programa Operacional da Saúde 2000-2006*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Volume 1 – Prioridades. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas 2004-2010. Mais Saúde para Todos*, Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal - Ponto de Situação - Relatório do Director-Geral e Alto Comissário da Saúde*, Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999). *Saúde um compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

MONNIER, Jacques, *et al* (1980). *Santé Publique de la Communauté*. Villeurbanne: Sim E. P.

MOREIRA, M.^a Alfredo (1996). *A Investigação-acção na Formação Reflexiva do Professor Estagiário de Inglês*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Tese de Doutoramento).

MORIN, Edgar (1984). *Sociologia*. Lisboa: Publicações Europa-América.

MORRIS, David, B. (2000). *Doença e Cultura na Era Pós-Moderna*. Lisboa: Instituto Piaget.

MOTA, J. (1992). A escola, a educação física e a educação para a saúde. *Revista horizonte*, nº48, pág. 208-212.

MUSGRAVE, P.W. (1994). *Sociologia da Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

NARDIZ, M^a Victória Antón (1989). *Enfermería y Atención Primaria de Salud*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A.

NAVARRO, M^a Fernanda (1999). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e Fundamentos para novas práticas. 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.

NAVARRO, M^a Fernanda (1991). *Educação para a saúde em saúde escolar*. Temas de saúde materna, infantil e escolar. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

O'BRIEN, S.F.; BIERMAN, K. L. (1988). Conceptions and perceived influence of peer groups: Interviews with preadolescents and adolescents. *Child Development*, nº 59, pág.1360-1365.

OGDEN, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

OGDEN, J. (1996). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). *Health For All*. Geneva: World Health Organization.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001). *Local action: creating Health Promoting Schools*. Geneva: World Health Organization.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1999). *Health 21. Health for all in the 21st century*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1999). *Improving Health Through Schools: National and International Strategies*. Geneva: World Health Organization.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1999). *Health For All*. Geneva: World Health Organization.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1998). *Tobacco Use Prevention: an important entry point for the development of Health Promoting Schools*. Geneva: World Health Organization. UNESCO.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1988). *Glossário da Promoção da Saúde*. Geneva: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985). *As Metas da Saúde para todos: Metas da Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos*. Departamento de Estudos e Planeamento, Lisboa: Ministério da Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1984). *Bulletin of the World Health Organization*, 62. Genève: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata: recomendações*. Lisboa: tradução Direcção-Geral da Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1969). *Bulletin of the World Health Organization*, 40. Genève: OMS.

PAIS Ribeiro, J. L. (2000). A Saúde e as Doenças no Séc. XXI. In Dias, M. R.; Amorim, A. (Eds.), *Clínica Dentária Integrada: contributos bio-psico-sociais*. Monte da Caparica: Egas Moniz Publicações.

PAIS Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.

PAIS Ribeiro, J. L. (1994). Psicologia da Saúde, Saúde e Doença. In McIntyre, T. M. (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. Braga: APPORT.

PARDAL, Manuela Santos (1990). Educação para a Saúde: conceitos e perspectivas. *Saúde e Escola*. (5), pág. 16-20.

PARDAL, Manuela Santos (1990). Educação para a saúde: conceitos e perspectivas. *Saúde e Escola*. (6), pág. 11-14.

PARSONS, Talcott (1982). *El Sistema Social*. Madrid: Alianza Editorial.

PARSONS, Talcott (1949). *The structure of social action*. Glencoe, Illinois: The Free Press.

PARSONS, Talcott (1969). *Sociedades - Perspectivas Evolutivas e Comparativas*. São Paulo: Editora Livraria Pioneira Editora.

PAÚL, C.; FONSECA, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

PEDRO, João Gomes (1989). Educação médica e medicina escolar. *Saúde e Escola*. (3).

PEREIRA, Maria; FREITAS, Filomena (2001). *Educação sexual. Contextos de sexualidade e adolescência*. Porto: Edições ASA.

PEREIRA, Sónia (2008). *Cultura, Iniquidade, Social e Género: Contributos Para um Programa de Educação Sexual*. Orientadora: Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos – *Faculdade de Motricidade Humana*. Seminário dirigido por: Professora Doutora Isabel Leal. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

PHIPPS, Wilma J., *et al* (1999). *Enfermagem médico-cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica*. Vol. 1, Lisboa: Lusodidacta.

POLGAR, Stephen; THOMAS, Shane A. (1993). *Introducción a la Investigación en las Ciencias de la Salud*. Madrid: Gráficas Rogar.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

PORTUGAL - Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1988). *Educação para a saúde*. Lisboa: DGCSP.

PORTUGAL - Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1988). *Ensino de saúde: uma actividade de enfermagem*. Lisboa: DGCSP, (Educação para a Saúde).

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin (2003). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.

PRAZERES, Vasco; LARANJEIRA, Ana Rita; OLIVEIRA, Valentina (2005). *Saúde dos jovens em Portugal: elementos de caracterização*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

PRAZERES, Vasco (2003). *Saúde juvenil no masculino: género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

PRECIOSO, José Alberto Gomes (1999). Não Fumar é o Que Está a Dar, Caracterização e avaliação preliminar de um programa de prevenção primária do consumo de tabaco dirigido a alunos do 3º ciclo do ensino básico. 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.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In Hersen, M., Eiser, M., Miller, W. (Orgs.), *Progress in behavior modification*, pág.184-214. Sycamore: Sycamore Press.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, pág.161-173.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C., NORCROSS, J. C. (1992). Search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, pág.1102-1113.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

KLAPPER, Joseph T. (1978). Os efeitos da comunicação de massa. In Cohn, Gabriel (org.) *Comunicação e indústria cultural*. S. Paulo: Companhia Editora Nacional (original de 1957/58), pág. 162-173.

KLAPPER, Joseph T. (1974). *Effectos de las comunicaciones de masas*. Madrid: Aguilar.

REDMAN, Barbara Klug (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

RENAUD, Isabel Carmelo Rosa (2001). A educação para os afectos. *Cadernos de Bioética*. Nº 26, pág. 89-97.

REZENDE, Ana Lúcia Magela (1989). *Saúde: Dialéctica do Pensar e do Fazer*. São Paulo: Cortez.

RIBEIRO, José Luís Pais (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

RIBEIRO da Silva, P. (2002). A educação para a saúde e o marketing social. In Dias, M.R.; Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.

RIBEIRO da Silva, P. (2000). A educação para a saúde: do ensino universitário à prática profissional. In Dias, M.R.; Amorim, A. (Eds.), *Clínica Dentária Integrada: contributos bio-psico-sociais* (pág 81-86). Caparica: Egas Moniz Publicações.

RICE, R.; ATKIN, C. (1989). *Public Communication Campaigns*. Newbury Park: Sage.

ROCHA, José da Silva (1999). A Educação para a Saúde nas Escolas Portuguesas. Do Projecto Viva a Escola às Escolas Promotoras de Saúde. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, T.; Henriques, R.; Lacerda, T. (Orgs). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa (2008). *Educação para a Saúde – Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

RODRIGUES, M.^a Ângela (1999). *Metodologias de Análise de Necessidades de Formação na Formação Contínua de Professores – Contributos para o seu estudo*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese de Doutoramento).

-
- RODRIGUES, S. (2000). Alimentação dos Jovens. *Revista Portuguesa de Alimentação e Nutrição*, vol.6, nº 3.
- RODRIGUES, Vítor Manuel Costa. (2005). Educar para a Saúde: Uma estratégia de Promoção da Saúde. *Revista Sinais Vitais*, nº 59, Editora Porte Pago.
- RODRIGUES, Vítor Manuel Costa, (2001). Escolas Promotoras de Saúde. *O Professor*. Nº 72, III Série, pág. 10-14.
- ROGERS, Carl R. (1985-a). *Liberdade de aprender em nossa década*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ROGERS, Carl R. (1985-b). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- ROGERS, Carl R. (1980). *Grupos de encontro*. Lisboa: Moraes Editores.
- ROGERS, Carl R. (1979). *Poder pessoal*. Lisboa: Moraes Editores.
- ROGERS, Carl R. (1974). *Terapia centrada no paciente*. Lisboa: Moraes Editores.
- ROGERS, Everett M. (2003). *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.
- ROUQUAYROL, M^a Zélia (1994). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Lda.
- RUSSEL, Nancy (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- SALLERAS, L. (1985). *Educación Sanitária*. Madrid: Díaz de Santos.
- SAN MARTIN, I. (1989). *Manual de salud publica y medicina preventiva*. Barcelona: Masson.
- SANTO, Espírito Isabel Maria da Silva (2001). O Centro de Saúde na Escola – Contributos para um aprofundamento da relação. *Pensar Enfermagem*. Vol. 5, nº 1, 1^o semestre, pág. 30-37.
- SANTOS, Boaventura Sousa (2003). *Um Discurso sobre as ciências*. Porto: Edições Afrontamento.
- SANTOS, Paula; GOMES, Helena; RIBEIRO, José C; MOTA, Jorge (2009). Variação sazonal na actividade física e nas práticas de lazer de adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Ciências Desportivas*. 2 (V), pág. 192 – 201.
- SANTOS, Maria José Gonçalves (1989). “Educação para a saúde na escola: algumas reflexões.” *Saúde e Escola*. (2), pág. 29-31.

SVENSON, G.R. (2001). *Os Jovens e a Prevenção da SIDA – Guia Europeu de Educação pelos Pares*. Lisboa: Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (orgs). (1999). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: edições Afrontamento.

SIMÕES, Celeste; MATOS, Margarida Gaspar, BATISTA-FOGUET, Joan (2006). Consumo de substâncias na adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças* nº7 (2), pág. 147-164.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

SOBREIRA, Nieze Rodrigues (1981). *Enfermagem Comunitária*. Rio de Janeiro: Brasil América S.A.

SORENSE; LUCKMANN (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

SPRINTHALL, Norman; SPRINTHALL, Richard (1999). *Psicologia Educacional – Uma Abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.

SPRINTHALL, Norman; COLLINS, W.A. (1999). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentalista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

SKIDMORE, William (1976). *Pensamento Teórico. Interaccionismo Simbólico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanett (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência.

STEPTOE, A.; WARDLE, J.; FULLER, R.; HOLTE, A., *et al* (1997). Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlates and behavioral correlates among young Europeans from 21 Countries. *Preventive Medicine*. Nº26, pág. 845-854.

STEPTOE, A.; WARDLE, J. (1996). The european health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology of Health*. Nº11, pág. 49-73.

STEPTOE, A.; WARDLE, J. (1992). Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe. *The British Journal of Clinical Psychology*. Nº31, pág. 485-502.

STONE, Donald B., *et al* (1999). *Introdução à epidemiologia – A epidemiologia e o futuro*. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal.

STUBBS, M. (1983). *Linguagem, Escolas e Aulas*. Biblioteca do Educador, Livros Horizonte.

TAVARES, José (1996). *Uma Sociedade que Aprende e se Desenvolve – Relações Interpessoais*. Porto: Porto Editora – Colecção Cidine.

TAVARES, José; ALARCÃO, Isabel (1990). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

ALARCÃO, I. TAVARES, J. (1987). *Supervisão da Prática Pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

TOMLINSON, Anne (1989). “Técnicas de comunicação.” *Nursing*, nº14, pág. 40-44.

TONES, K. (1988). *Promover a Saúde: a contribuição da educação*. Lisboa: Ministério da Saúde, Divisão de Educação para a Saúde da D.G.C.S.P.

VALA, Jorge (1986). Análise de Conteúdo. *In*: Silva, A. Santos, Pinto, Madureira José (org.). *Metodologias das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

VARGAS E NAVAJAS (1998). Capítulo 2 da parte XXIII do livro de TEIXIDOR, J. Rodes, *et al – Medicina Interna*. Barcelona: Masson, Tomo II.

VILAÇA, M. Teresa Machado; CARVALHO, Graça Simões (1999). Kits Experimentais no âmbito da Educação para a Saúde: Uma Proposta de Aplicação no 1º 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.

WARDLE, J.; STEPTOE, A. (1991). The European health and behaviour survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, nº 33, pág. 925-936.

WENZ-GROSS, M.; SIPERSTEIN, G.N.; WIDAMAN, K.F. (1997). Stress, social support, and adjustment of adolescents in middle school. *Journal of Early Adolescence*, nº 17 (2), 129-151.

YIN, Robert, K., (2005). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

ZURRO, A. Martín; PÉREZ, J. F. Cano (1991). *Manual de Cuidados Primários: Organização e protocolos de actuação na consulta*. Amadora: Laboratórios Azevedos, Volume I.

ZURRO, A. Martín; PÉREZ, J.F. Cano (1991). *Manual de Cuidados Primários: Organização e protocolos de actuação na consulta*. Amadora: Laboratórios Azevedos, Volume II.

6.1. WEBGRAFIA

ALEXANDER (2009). *A Música Rock do Ponto de Vista Cristão*. [Consultado a 31-01-2010].

[Disponível em linha]:

http://www.fatheralexander.org/booklets/portuguese/rock_music_p.htm

Associação para o Planeamento da Família (2008). [Consultado a 07-02-2010].

[Disponível em linha]:

<http://www.apf.pt/?area=300&mid=001&sid=005>

BARROS, L. F. (2003). *Saúde e normalidade*. [Consultado a 12-12-2007].

[Disponível em linha]:

<http://www.jt.estadao.com.br/noticias/00/02/05/ar1.htm>

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM E A BIOMEDICINA (2008).

[Consultado a 11-02-2010].

[Disponível em linha]:

www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. [Consultado a 28-02-2008].

[Disponível em linha]:

www.dgsaude.pt

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. [Consultado a 28-02-2008].

[Disponível em linha]:

www.srsdocs.com/parcerias/publicacoes/saude_oral/noticias.pdf

FERREIRA, Gonçalves Anabela, (2009). *Consumo, saúde e ambiente. Conhecimentos, valores e práticas de crianças e jovens do ensino básico, de meio rural e de meio urbano*. [Consultado a 02-02-2010].

[Disponível em linha]:

<http://hdl.handle.net/1822/8980>

GASPAR, Pedro João Soares (2006). *Educação para a saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação*. [Consultado a 22-01-2010].

[Disponível em linha]:

<http://hdl.handle.net/10400.8/99>

GONÇALVES, Artur; CARVALHO, Graça Simões de (2008) *Os tempos livres e os quotidianos na definição de estilos de vida de jovens rurais e urbanos: influência da escolarização e dos recursos comunitários*. [Consultado a 24-01-2010].

[Disponível em linha]:

<http://hdl.handle.net/1822/8099>

HOUSMAN Jeff; DORMAN Steve (2005). The Alameda County Study: A Systematic, Chronological Review. *American Journal of Health Education*. Sept/Oct, Volume 36, No. 5. Consultado a 05-10-2011].

[Disponível em linha]:

<http://www.eric.ed.gov/PDFS/EJ792845.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2009). *Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias: Indivíduos dos 10 aos 15 anos*. [Consultado a 28-01-2010].

[Disponível em linha]:

www.ine.pt

MATOS, Margarida; SIMÕES, Celeste; TOMÉ, Gina; Gaspar, Tânia; CAMACHO, Inês; DINIZ, José, & Equipa do Projecto Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*. [Consultado a 22-01-2010].

[Disponível em linha]:

http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/relatório_nacional_2006.pdf

MATOS, Margarida; CARVALHOSA, Susana; FONSECA, Helena (2001). *O Comportamento Alimentar dos Jovens Portugueses*. 5,1. FMH. [Consultado a 22-01-2010].

[Disponível em linha]:

<http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/alimentação.pdf>

MATOS, Margarida; SIMÕES, Celeste; CARVALHOSA, Susana; CANHA, Lúcia (1998). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS*. Aventura Social & Saúde. [Consultado a 12-01-2010].

[Disponível em linha]:

http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Brochura_Nacional_1998.pdf

MEDIAPPRO (2005). *Portugal - Relatório Quantitativo e Qualitativo*. Mediappro Portugal. [Consultado a 21-09-2011].

[Disponível em linha]:

www.mediappro.org

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2005). *Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação Sexual*. Lisboa: Ministério da Educação. [Consultado a 01-10-2011].

[Disponível em linha]:

http://www.netprof.pt/pdf/Relatorio_EduSexual.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). *CIDADANIA e SAÚDE. Um caminho a percorrer... Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Alto Comissariado da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública/ UNL, Outubro. [Consultado a 05-10-2011].

[Disponível em linha]:

<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/CS2.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). *Políticas Públicas Saudáveis. Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016*. Alto Comissariado da Saúde, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. [Consultado a 05-10-2011].

[Disponível em linha]:

<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/PPS.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas para 2004-2010*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa, pdf. [Consultado a 02-06-2008].

[Disponível em linha]:

<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006757.pdf>

NETO, Joana (2009). "*Apropriação dos Novos Media*." [Consultado a 22-01-2010].

[Disponível em linha]:

http://www.imagina.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=680%3Ainternet-usada-por-jovens-portugueses-sem-superviso-dos-pais&catid=340%3Aquestoes-e-aprendizagem&Itemid=1&lang=pt

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2010). Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. [Consultado a 05-10-2011].

[Disponível em linha]:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por_contents.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). *Adolescent Friendly Health Services; An Agenda for Change*. WHO/FCH/CAH/02.14. GENEVE. [Consultado a 29-08-2008 e a 09-02-2010].

[Disponível em linha]:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf

PORTAL DO GOVERNO: *Educação e Saúde assinam protocolo para a Saúde Escolar*. Modificado pela última vez a 10-02-2006. [Consultado a 23-11-2007].

[Disponível em linha]:

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20060210_MS_Doc_Educacao_Saude.htm

PORTAL DA SAÚDE (2008), PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR. [Consultado a 29-02-2008].

[Disponível em linha]:

www.portaldasaude.pt/programa_Nacional_de_Saude_Escolar.htm

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR. [Consultado a 22-02-2008].

[Disponível em linha]:

www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B7200DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSaudeEscolar.pdf

PROGRAMA REGIONAL DE SAÚDE ESCOLAR. *Contexto Histórico* (2006). [Consultado a 23-02-2008].

[Disponível em linha]:

www.arsalgarve.minsaude.pt/.../images/saude/geral/comunicadosforuns/PROGRAMA_REGIONAL_DE_SAUDE_ESCOLAR.pdf

RESOLUÇÃO DO CONSELHO E DOS REPRESENTANTES DOS GOVERNOS DOS ESTADOS-MEMBROS (2008). *Saúde e Bem-Estar dos Jovens*. Reunião do Conselho, de 20 de Novembro de 2008, (2008/C 319/01). [Consultado a 22-01-2010].

[Disponível em linha]:

http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&lr=lang_pt&rlz=1W1ADFA_pt-PT&q=determinantes+da+sa%C3%BAde+idade,+sexo,+resid%C3%Aancia+com+a+familia&start=10&sa=N

SANTOS, Rogério (2003). *Herbert Marshall McLuhan – Na era das auto-estradas da informação*. [Consultado a 28-01-2010].

[Disponível em linha]:

mestrado2004.no.sapo.pt/tcom/tcom_blog.doc

SANTOS, Beja (2009). *As crianças e a publicidade aos alimentos e bebidas: Que responsabilidade social?* [Consultado a 30-01-2010].

[Disponível em linha]:

<http://www.topsaude.pt/PortalTopSaude/Default.aspx?Pageld=2&ContentId=2955>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP) (2009). [Consultado a 07-02-2010].

[Disponível em linha]:

www.spp.pt

SONDAGEM NACIONAL, ERC/ISCTE, (2008). *PARTE III-CRIANÇAS E JOVENS*. [Consultado a 30-01-2010].

[Disponível em linha]:

http://www.erc.pt/documentos/Conf_08/EMCS/EMCS-parte3.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *The determinants of health*. [Consultado a 05-10-2011].

[Disponível em linha]:

<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *“Draft Munich Declaration Nurses and Midwives – a force for health”*. [Consultado a 23-02-2008].

[Disponível em linha]:

www.who.org

ANEXOS

Anexo 1. Pedido de Autorização à Presidente da Comissão Executiva

Exma. Senhora Presidente da
Comissão Executiva do
Agrupamento de Escolas Serra
da Gardunha – Fundão

Assunto: pedido de autorização para recolha de dados

Ana Paula Pires Rodrigues Belo, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, a frequentar o Doutoramento em Sociologia na Universidade de Évora e a desenvolver um estudo de investigação sobre Educação para a Saúde nas Escolas, vem solicitar autorização para a realização do referido estudo na Instituição que V. Ex.^a dirige. Junta em anexo um documento com uma breve descrição do estudo e respectiva metodologia. Solicita também a V. Ex.^a que se digne autorizar a utilização do nome dessa Instituição na sua dissertação de doutoramento. Ciente que será dispensada a atenção e colaboração necessária, antecipadamente agradece.

Pede deferimento

Fundão, 05 de Fevereiro de 2008
Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Anexo 2. Questionário aos Alunos

Caro Aluno,

Sou professora na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco e no âmbito do doutoramento em Sociologia na Universidade de Évora encontro-me a desenvolver um estudo de investigação sobre Educação para a Saúde. Neste estudo pretendo investigar questões relacionadas com o ensino sobre saúde, bem-estar e estilos de vida saudável que é realizado nas escolas, bem como a aplicação que os alunos e pais fazem desse conhecimento. Para tal, a sua colaboração é indispensável, pelo que lhe solicito o preenchimento deste questionário.

Com a finalidade de conseguir atingir os objectivos do estudo que me proponho realizar, seria importante que respondesse a todas as questões e colocasse uma cruz no quadrado que entender.

A confidencialidade é assegurada pelo anonimato, pelo que não deve escrever o seu nome ou o de qualquer outra pessoa no questionário.

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Preencha o questionário de acordo com o exemplo, utilizando caneta azul ou preta.

OBRIGADO pela Sua Colaboração

Preencha assim

Não preencha assim

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO [Alunos da Escola EB2/3 Serra da Gardunha do Fundão]

I- Perfil Sócio-Demográfico da população estudada

1) Género: Feminino Masculino

2) Idade:

3) Ano que frequenta: 5º ano 6º ano 7º ano 8º ano 9º ano

4) Durante o período escolar vive:

- Com os pais em casa
- Com colegas num lar
- Com outros familiares fora de sua casa
- Outro. Qual? _____

5) Quando está no momento do estudo (TPC) é auxiliado por outra pessoa (pais, irmãos, outros familiares)? Sim Não

6) Costuma sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde com os seus pais/outras familiares? Sim Não

II - Caracterização das práticas em educação para a saúde na escola em estudo

1) As informações de que necessita sobre questões relacionadas com saúde, estilos de vida saudáveis e bem-estar são lhe fornecidas onde?

(coloque a cruz nas três situações mais frequentes)

- Na escola por profissionais de saúde
- Na escola pelos professores
- Na escola com outros colegas
- Em casa pelos pais
- Através de revistas
- Através de livros
- Através da comunicação social (TV, rádio, jornais)
- Através da Internet

2) Na sua escola costumam realizar sessões de educação para a saúde? Sim Não

3) Com que frequência são realizadas as sessões de educação para a saúde na sua escola?

- Uma vez por semana
- Duas vezes por semana
- De quinze em quinze dias
- Uma vez por mês
- Uma vez por ano

4) Quando efectuam as sessões de educação para a saúde falam sobre:
(coloque a cruz nos 3 temas mais frequentes)

- Higiene oral
- Higiene corporal/vestuário
- Alimentação saudável
- Medidas específicas para prevenir doenças (vacinação, exercício físico)
- Saúde ambiental (poluição do ar, da água, resíduos sólidos, etc.)
- Tabagismo/ Alcoolismo/Toxicod dependência
- Sexualidade
- Cidadania

5) Gosta dos momentos em que lhe é fornecida informação sobre estilos de vida saudável? Sim Não

6) Compreende as informações que lhe transmitem? Sim Não

a) Se **NÃO COMPREENDE**, porquê?

- Porque utilizam termos (palavras) que não conhece
- Porque fazem o ensino à pressa
- Porque não permitem diálogo aberto
- Porque não utilizam recursos (filmes, cartazes, etc.) para melhor se compreender
- Outra. Qual? _____

7) Informe o seguinte:

- Em todas as salas e corredores da escola existem caixotes diferenciados para o lixo, para posterior reciclagem. Sim Não

- No bar da escola não existem alimentos ditos "não saudáveis" como por ex: batatas fritas, bebidas com gás e açúcar, gomas, etc. Sim Não

- Nas refeições da cantina evitam os fritos, as gorduras, o excesso de sal, etc. Sim Não

- Há actividades que incentivam a prática desportiva e o exercício físico. Sim Não

- Há actividades que incentivam as boas maneiras sociais, o companheirismo, a solidariedade, etc. Sim Não

III - Conhecimentos adquiridos, sua aplicação, motivação e interesse revelado para ter hábitos de vida saudáveis

1) Após receber a informação sobre estilos de vida saudável comenta o assunto com os pais/outros familiares/amigos/colegas? Sim Não

2) Aplica na vida diária os conhecimentos adquiridos? Sim Não

3) Considera que tem bons hábitos de vida para se manter saudável? Sim Não

4) Na sua vida diária preocupa-se em ter atitudes que beneficiam o meio ambiente? Sim Não

5) Costuma fumar cigarros? Sim Não

6) Costuma beber bebidas com álcool? Sim Não



- 7) Costuma comer alimentos pouco saudáveis (batatas fritas, guloseimas, refrigerantes, etc)? Sim Não
- 8) Tem a preocupação de separar os lixos que produz? Sim Não
- 9) Faz exercício físico para além das aulas de educação física na escola? Sim Não
- 10) A sua higiene do corpo, dos dentes e do vestuário é feita diariamente? Sim Não
- 11) Os seus pais ou outros educadores incentivam-no a ter bons comportamentos para ter melhor saúde? Sim Não
- 12) Acha importante que lhe seja ensinado assuntos relacionados com estilos de vida saudável? Sim Não

IV - Identificação de factores sociais que influenciam os estilos de vida

- 1) Alguma vez se sentiu atraído para fazer algo positivo que viu num filme, na televisão, ouviu numa música ou que leu numa revista? Sim Não
- 2) Alguma vez se sentiu atraído para fazer algo negativo que viu num filme, na televisão, ouviu numa música ou que leu numa revista? Sim Não

3) Das situações abaixo mencionadas escolha as que mais o influenciam nas suas escolhas para viver o dia-a-dia: (pode escolher três opções)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A televisão | <input type="checkbox"/> Os filmes |
| <input type="checkbox"/> Os pais/outros familiares | <input type="checkbox"/> A música |
| <input type="checkbox"/> As revistas/ jornais | <input type="checkbox"/> Os amigos/ colegas |
| <input type="checkbox"/> A Internet | <input type="checkbox"/> O rádio |
| <input type="checkbox"/> Os professores | |

4) Apresente a sua opinião relativamente às seguintes afirmações:
(1- Sempre 2- Às vezes 3- Nunca)

	1	2	3
Não interessa aquilo que como desde que me sinta satisfeito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha saúde depende muito dos hábitos de vida que tenho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer exercício físico ajuda-nos a ser mais inteligentes e activos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oíço os conselhos dos meus familiares e sigo-os.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser "gordinho" é sinal de boa saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus pais têm por hábito perguntar-me como correu o meu dia e o que fiz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levo pão, fruta ou iogurtes para comer nos intervalos das aulas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ler assuntos que me façam saber como ser mais saudável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus pais dão-me dinheiro para levar para a escola para comer e compro guloseimas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar ajuda-nos a ser mais inteligentes e activos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As bebidas alcoólicas fazem bem ao cérebro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando vou com os meus pais às compras dou a minha opinião sobre alimentos saudáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensinam-me o que é saudável, mas prefiro seguir o que está na moda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29946



Anexo 3. Guião da entrevista e lista de perguntas para os Pais

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Guião da Entrevista [Pais dos Alunos da Escola EB2/3 Serra da Gardunha do Fundão]

Objectivo	Questão Principal	Questão Acessória
Caracterizar o perfil pessoal e o interesse na educação em saúde dos filhos.	<ul style="list-style-type: none">* Acompanhamento e auxílio do(s) filho(s) nos estudos e trabalhos de casa.* Hábito de conversar com o(s) filho(s) sobre temas relacionados com saúde, estilos de vida saudáveis e cidadania.	<ul style="list-style-type: none">* Género.* Idade.* Habilitações literárias.* Temas abordados.* Temáticas abordadas na escola.
Identificar conhecimentos em educação para a saúde e respectiva aplicação.	<ul style="list-style-type: none">* Aplica na vida diários conhecimentos relacionados com promoção da saúde.* Motivação para ter hábitos de vida saudáveis.	<ul style="list-style-type: none">* Conhecimentos sobre modos de vida saudável.* Incentivo para comportamentos saudáveis em si e nos outros.* Estímulo em aprender mais sobre saúde para poder ensinar os filhos.* Encorajar os filhos para estudarem e se interessarem por assuntos relacionados com a saúde.* Vigilância permanente dos hábitos dos filhos.* Controlo das actividades dos filhos para prevenção.* Importância que dá à educação para a saúde.
Identificar factores sociais que influenciam os estilos de vida.	<ul style="list-style-type: none">* Influência nas escolhas para viver o dia-a-dia com mais saúde.	<ul style="list-style-type: none">* Opinião sobre a influência dos meios de comunicação social na saúde familiar.* Tipos de interferências nas opções de vida.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Lista de perguntas para a entrevista aos Pais dos Alunos da Escola EB2/3 Serra da Gardunha do Fundão

1. Género.
 2. Idade.
 3. Habilitações literárias.
 4. Quando o seu filho está no momento do estudo é auxiliado por quem?
 5. Costuma sentir necessidade em falar sobre assuntos de saúde ou estilos de vida com o(a) seu filho(a)?
 6. Discutem/analizam os temas?
 7. Quais são os temas mais frequentes?
 8. Considera que tem bons hábitos de vida para se manter saudável a si e ao seu filho?
 9. Na sua vida diária preocupa-se em ter atitudes que beneficiam o meio ambiente? Quais?
 10. O seu filho come alimentos pouco saudáveis (gorduras, guloseimas, refrigerantes, etc.)?
 11. Tem a preocupação de separar os lixos que produz?
 12. Incentiva o seu filho a ter bons comportamentos para ter melhor saúde?
 13. Que tipo de incentivos?
 14. Acha importante que seja ensinado ao seu filho assuntos relacionados com estilos de vida saudável?
 15. Que temas pensa serem mais importantes para a formação do seu filho?
 16. Tem interesse em aprender mais sobre assuntos relacionados com a saúde para poder ser mais saudável e simultaneamente aconselhar melhor o seu filho ou outros?
 17. Tem por costume vigiar os hábitos do seu filho?
 18. Refira qual a importância que dá à educação para a saúde.
 19. Qual a opinião que tem acerca da influência dos meios de comunicação social na saúde da sua família?
 20. Que tipo de interferências externas pensa existirem nas opções que tem que fazer na sua vida e na do seu filho para terem melhor saúde?
-

Anexo 4. Guião da entrevista e lista de perguntas para os Professores

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Guião da Entrevista [Professores da Escola EB2/3 Serra da Gardunha do Fundão]

Objectivo	Questão Principal	Questão Acessória
Caracterizar as práticas em educação para a saúde.	<ul style="list-style-type: none">* Os alunos costumam assistir ou participar em sessões de educação para a saúde na Escola.* Existência ou não de algum programa específico de promoção da saúde.* Implementação do Despacho nº 2506 /2007 do Ministério da Educação.	<ul style="list-style-type: none">* Hábito em analisar os assuntos que abordaram nessas sessões de educação para a saúde.* Entendimento da temática que foi abordada.* Quais os temas abordados.* Frequência com que são realizadas sessões de educação para a saúde na Escola.* Avaliação dos conhecimentos adquiridos.* Quais os profissionais envolvidos.
Conhecer o interesse que atribui à educação para a saúde e sua efectivação na prática.	<ul style="list-style-type: none">* Aplica na Escola conhecimentos relacionados com promoção da saúde.	<ul style="list-style-type: none">* Incentivo para comportamentos saudáveis em si e nos outros.* Estímulo em aprender mais sobre saúde para poder ensinar os alunos.* Encorajar os alunos para estudarem e se interessarem por assuntos relacionados com a saúde.* Vigilância dos hábitos dos alunos.* Utilização que os alunos dão na prática aos conhecimentos adquiridos.* Importância que dá à educação para a saúde.
Identificar factores sociais que influenciam os estilos de vida.	<ul style="list-style-type: none">* Influência nas escolhas para viver o dia-a-dia com mais saúde.	<ul style="list-style-type: none">* Opinião sobre a influência dos meios de comunicação social na saúde dos alunos.* Tipos de interferências nas opções de vida.* A sociedade e a saúde escolar.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Lista de perguntas para a entrevista aos Professores da Escola EB2/3 Serra da Gardunha do Fundão

1. Costumam realizar sessões de educação para a saúde na Escola?
 2. Qual a frequência da realização das sessões de educação para a saúde na Escola?
 3. Quais são os temas mais frequentes?
 4. São temáticas solicitadas pela Escola?
 5. É elaborado um levantamento das necessidades reais?
 6. Qual a estratégia utilizada para detectar essas necessidades?
 7. Os temas apresentados estão em concordância com as necessidades sentidas?
 8. Sabe quais são os profissionais que abordam os temas (professores da escola, professores convidados, enfermeiros, médicos, etc.)?
 9. Após as sessões de educação para a saúde os professores costumam avaliar os conhecimentos que os alunos adquiriram?
 10. Que metodologias utilizam para o fazer?
 11. Fazem essa avaliação conjuntamente com os profissionais que realizam essas actividades?
 12. Os responsáveis da Escola preocupam-se em promover atitudes e comportamentos saudáveis em toda a comunidade escolar?
 13. Informe como.
 14. A Escola tem algum programa específico de promoção da saúde?
 15. Informe sobre esse programa.
 16. Existe um plano anual de actividades para a educação para a saúde?
 17. Incentiva os alunos a terem bons comportamentos para ter melhor saúde?
 18. Que tipo de incentivos?
 19. Sente que os alunos se sentem motivados e estão despertados para terem estilos de vida saudáveis?
 20. Com a observação que faz aos alunos diariamente na sua Escola, que opinião tem sobre os resultados da educação para a saúde que lhes é ministrada?
-

-
21. Da avaliação efectuada posteriormente às sessões de educação para a saúde, quais os resultados obtidos? São satisfatórios?
 22. Refira qual a importância que dá à educação para a saúde.
 23. Qual a opinião que tem acerca da influência dos meios de comunicação social na saúde dos jovens alunos?
 24. Que tipo de interferências externas pensa existirem nas opções que os jovens têm que fazer na sua vida para terem melhor saúde?
 25. Acrescente algo sobre o tema.
-

Anexo 5. Guião da entrevista e lista de perguntas para os Profissionais de Saúde

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Guião da Entrevista [Profissionais de Saúde]

Objectivo	Questão Principal	Questão Acessória
Caracterizar as práticas em educação para a saúde.	<ul style="list-style-type: none">* Realização de sessões de educação para a saúde na Escola.* Existência ou não de algum programa específico de promoção da saúde.* Implementação do Despacho n° 2506 /2007 do Ministério da Educação.	<ul style="list-style-type: none">* Hábito em analisar os assuntos que abordaram nessas sessões de educação para a saúde.* Quais os temas solicitados pela escola.* Frequência com que são realizadas sessões de educação para a saúde na Escola.* Avaliação dos conhecimentos adquiridos.* Quais os profissionais envolvidos.
Conhecer o interesse que atribui à educação para a saúde e sua efectivação na prática.	<ul style="list-style-type: none">* Aplica na Escola conhecimentos relacionados com promoção da saúde.	<ul style="list-style-type: none">* Incentivo para comportamentos saudáveis em si e nos outros.* Estímulo em aprender mais sobre saúde para poder ensinar os alunos.* Encorajar os alunos para estudarem e se interessarem por assuntos relacionados com a saúde.* Vigilância dos hábitos dos alunos.* Utilização que os alunos dão na prática aos conhecimentos adquiridos.* Importância que dá à educação para a saúde.
Identificar factores sociais que influenciam os estilos de vida.	<ul style="list-style-type: none">* Influência nas escolhas para viver o dia-a-dia com mais saúde.	<ul style="list-style-type: none">* Opinião sobre a influência dos meios de comunicação social na saúde dos alunos.* Tipos de interferências nas opções de vida.* A sociedade e a saúde escolar.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Lista de perguntas para a entrevista aos Profissionais de Saúde

1. Costumam realizar sessões de educação para a saúde na Escola Serra da Gardunha?
 2. Qual a frequência da realização das sessões de educação para a saúde nesta Escola?
 3. Quais são os temas mais frequentes?
 4. São temáticas solicitadas pela Escola?
 5. Os temas apresentados estão em concordância com as necessidades sentidas?
 6. Existe um plano anual de actividades para a educação para a saúde?
 7. É solicitada cooperação aos profissionais de saúde para a elaboração dos planos de actividades para a área específica da educação para a saúde?
 8. Existem reuniões periódicas entre os profissionais de saúde e os outros profissionais que participam na educação para a saúde?
 9. Que metodologias são utilizadas na realização das sessões de educação para a saúde?
 10. Após as sessões de educação para a saúde costumam avaliar os conhecimentos que os alunos adquiriram?
 11. Que metodologias utilizam para o fazer?
 12. Fazem essa avaliação conjuntamente com os professores da Escola?
 13. Informe como está a ser dinamizada esta actividade e que parcerias mantêm com os serviços de saúde.
 14. Incentiva os alunos a terem bons comportamentos para ter melhor saúde?
 15. Que tipo de incentivos?
 16. Acha importante que seja ensinado aos alunos assuntos relacionados com estilos de vida saudável?
 17. Tem interesse em aprender mais sobre assuntos relacionados com a saúde para poder ser mais saudável e simultaneamente aconselhar melhor os alunos?
 18. Controla as actividades dos alunos para prevenir futuros desequilíbrios? Como o faz?
-

-
19. Sente que os alunos se sentem motivados e estão despertos para terem estilos de vida saudáveis?
 20. Qual a sua opinião sobre os resultados da educação para a saúde que é ministrada nesta Escola? Na prática, isto é, na vida diária os alunos aplicam os conhecimentos que receberam?
 21. Da avaliação efectuada posteriormente às sessões de educação para a saúde, quais os resultados obtidos? São satisfatórios?
 22. Refira qual a importância que dá à educação para a saúde.
 23. Qual a opinião que tem acerca da influência dos meios de comunicação social na saúde dos jovens alunos?
 24. Que tipo de interferências externas pensa existirem nas opções que os jovens têm que fazer na sua vida para terem melhor saúde?
 25. Acrescente algo sobre o tema.
-

